

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU”

Cu titlu de manuscris

CZU: 616.24-002.5-07+614.25

Nikolenko Ion

**TUBERCULOZA PULMONARĂ ÎN PRACTICA
INTERNISTULUI: ERORI DE DIAGNOSTIC**

14.00.26 – ftiziopneumologie

Teză de doctor în medicină

Conducător științific: Matcovschi Serghei
dr. hab. med.,
conferențiar universitar

Consultant științific: Aurelia Ustian
dr. med., conferențiar universitar

Autor: Nikolenko Ion

Chișinău – 2007

CUPRINS

Lista abrevierilor	3
Introducere	4
Capitolul 1. Tuberculoza în practica internistului: starea actuală a problemei (Revista literaturii) ... 7	7
1.1. Problema tuberculozei în plan global și în Republica Moldova.....	7
1.2. Internarea pacienților cu tuberculoză în spitalele și secțiile nespecializate în ftiziologie și consecințele ei.....	9
1.3. Cauzele erorilor de diagnostic a tuberculozei.....	13
1.3.1. Cauzele subiective ale erorilor de diagnostic a tuberculozei.....	13
1.3.2. Cauzele obiective ale erorilor de diagnostic a tuberculozei	15
Capitolul 2. Material și metode	19
Capitolul 3. Caracteristica contingentului de bolnavi cu TB pulmonară internați în spitalele de profil larg, ponderea lor și formele maladiei la ei	23
Capitolul 4. Particularitățile clinice, paraclinice și de evoluție ale tuberculozei pulmonare la pacienții internați în spitalele de profil general	40
4.1. Particularitățile clinice, paraclinice și de evoluție ale tuberculozei pulmonare și pneumoniei comunitare	40
4.2. Particularitățile clinice, paraclinice și de evoluție ale tuberculozei pulmonare depistate în spitale de profil larg și în instituții medicale specializate în ftiziologie	51
Capitolul 5. Particularitățile clinice, paraclinice și de evoluție ale tuberculozei pulmonare la pacienții decedați în spitalele de profil general	60
Capitolul 6. Sinteza rezultatelor obținute	69
Concluzii	77
Recomandări practice	79
Bibliografie	80
Rezumat	106
Summary	107
Резюме	108
Cuvintele-cheie ale tezei	109

LISTA ABREVIERILOR

- BAAR – Bacili acid-alcoolo-rezistenți
- BPOC – bronhopneumopatie obstructivă cronică
- DOTS – Directly Observed Treatment, Short-course ("tratament de scurtă durată sub supraveghere directă")
- DOT – Directly Observed Treatment ("tratament sub supraveghere directă")
- HIV – virusul de imunodeficiență umană
- IMC – indice de masă corporală
- IMSP – instituție medico-sanitară publică
- OMS – Organizația Mondială a Sănătății
- SCM – spital clinic municipal
- SIDA – sindromul de imunodeficiență achiziționată
- TAd – tensiunea arterială diastolică
- TAs – tensiunea arterială sistolică
- TB – tuberculoză
- URSS – Uniunea Republicilor Sovietice Socialiste

INTRODUCERE

Actualitatea temei investigate și gradul de studiere a acesteia

Tuberculoza (TB) pulmonară este o problemă majoră medicală și socio-economică de sănătate publică, fiind în creștere alarmantă și cauzând o morbiditate și mortalitate înaltă. Aproximativ 1/3 din populația de pe glob este infectată cu *M. tuberculosis*. Anual în lume se înregistrează în jurul la 8,4 milioane de cazuri noi de TB și peste 2 milioane de cazuri de deces de această maladie. TB cauzează mai multe decese decât oricare altă infecție [26,176,204] și se situează în rândul primelor 10 cauze de mortalitate globală [21].

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) consideră critică situația în 16 țări europene (România și țările fostei URSS, inclusiv Republica Moldova), cărora în anul 2001 le-a revenit 80 % din cazurile noi de TB, înregistrate pe continent.

În scurt timp după declararea în anul 1993 că TB este o urgență globală OMS a elaborat o strategie nouă de organizare a controlului eficient al acestei maladii, conform căreia depistarea pacienților cu TB se face în instituțiile curative de profil general prin examenul pacienților care s-au adresat pentru asistență medicală primară sau prin examenul profilactic al persoanelor din grupele de risc sporit de îmbolnăvire de TB. Diagnosticul TB urmează să fie confirmat, iar pacienții tratați în una din instituțiile fiziologice [26].

Depistarea precoce a TB depinde în mare măsură de prudența și calificarea personalului medical al serviciilor de medicină primară [229]. Fiecare caz de eșec în diagnosticul sau în suspectarea TB în aceste servicii duce la sporirea ponderii bolnavilor de această maladie internați în spitalele nespécializate în fiziologie și în special în secțiile de boli interne. În consecință crește riscul de infectare cu *M. tuberculosis* și de apariție a cazurilor noi de TB (inclusiv a formelor rezistente la tratament) la bolnavii cu alte patologii, aflați la tratament, precum și la personalul din secțiile clinice și paraclinice [126,142,206], în special la asistentele medicale [181], personalul medical de vârstă tânără [248] și personalul serviciilor auxiliare [244]. Problema erorilor de diagnostic al TB la diferite etape de acordare a ajutorului medical, a internării bolnavilor în spitalele și secțiile nespécializate în fiziologie, a diagnosticării tardive a acestei maladii este actuală în toată lumea și atrage atenția multor autori din diferite țări [12,28,110,139,185,252,259,292].

Cauzele erorilor de diagnostic al TB sunt multiple și pot fi subiective și obiective. Cauzele subiective ale erorilor de diagnostic a TB sunt reprezentate în special de corectitudinea organizării serviciului de control al acestei maladii și de nivelul de calificare a personalului medical. Cauzele obiective sunt acelea, care depind puțin sau nu depind de calificarea personalului medical (evoluție atipică a bolii, bolile asociate care maschează tabloul clinic al TB, ignorarea stării nesatisfăcătoare a

sănătății de către pacienți și neadresarea la timp la doctori din cauza culturii sanitare joase a populației etc.).

Cele expuse demonstrează necesitatea stringentă de a studia cauzele erorilor de diagnostic a TB la diverse etape de acordare a asistenței medicale și a internării pacienților cu această maladie în spitalele somatice, în special în secțiile de boli interne. Rezultatele studiului vor contribui la armonizarea conlucrării dintre ftiziologi și medicii nespecialiști în ftiziologie, în primul rând medicii de familie, precum și la ameliorarea sistemului de control al TB.

Scopul și obiectivele tezei

Scopul lucrării

Elucidarea cauzelor erorilor de diagnostic a TB pulmonare la diverse etape de acordare a asistenței medicale și a internării pacienților cu această maladie în spitalele nespecializate în ftiziologie, cunoașterea căroră va contribui la armonizarea conlucrării dintre ftiziologi și medicii nespecialiști în ftiziologie, precum și la ameliorarea sistemului de control al TB.

Obiectivele lucrării

- 1) Determinarea ponderii pacienților cu TB pulmonară internați în spitale de profil general și a formelor maladii la ei.
- 2) Relevarea particularităților clinico-evolutive ale TB pulmonare la pacienții internați în spitalele de profil general.
- 3) Elucidarea cauzelor erorilor de diagnostic al TB pulmonare la etapa prespitalicească și cea de aflare a pacienților în spitalele de profil general.
- 4) Studiul cauzelor de deces al pacienților cu TB pulmonară internați în spitalele de profil general.

Noutatea științifică a rezultatelor obținute

Pentru prima dată în Republica Moldova au fost examinate și sistematizate datele despre depistarea TB pulmonare de către medicii nespecialiști în ftiziologie, precum și despre erorile de diagnostic ale acestei maladii și internarea bolnavilor în spitalele de profil general.

Este demonstrată ponderea și formele TB pulmonare în structura maladiilor la pacienții internați în secțiile de terapie generală și secțiile de profil terapeutic a spitalelor somatice.

Rezultatele obținute mărturisesc, că la etapa actuală tabloul clinic al TB pulmonare la pacienții internați în spitalele somatice în mare măsură se aseamănă cu cel al pneumoniilor, deși există și divergențe în manifestările clinice, paraclinice și evoluția acestor boli, de care trebuie de ținut cont în diagnosticul diferențial.

Sunt evidențiate cauzele erorilor de diagnostic și de internare a pacienților cu TB pulmonară în spitalele somatice, precum și cele de deces al bolnavilor în aceste instituții medicale.

Este stabilit, că subalimentația populației, în deosebi din contul proteinelor și grăsimilor, este un factor important ce determină creșterea incidenței și mortalității de TB.

Semnificația teoretică și valoarea aplicativă a lucrării

În urma cercetărilor efectuate au fost demonstrate cauzele esențiale ale erorilor de diagnostic ale TB pulmonare și de internare a pacienților cu această maladie în spitalele somatice, precum și cele de deces al bolnavilor în aceste instituții medicale, ele fiind: adresarea tardivă a bolnavilor la doctor (cultură sanitară joasă), prudența insuficientă a medicilor față de această maladie, analiza insuficientă a datelor anamnestice, necunoașterea simptomatiei tuberculozei, mascarea tabloului clinic al TB de către bolile asociate, neexaminarea radiologică și a sputei la BAAR.

Ținerea de cont de ele, precum și de recomandările practice expuse în această lucrare va contribui la optimizarea controlului TB.

Aprobarea rezultatelor

Postulatele principale ale lucrării științifice au fost prezentate la Conferința științifico-practică consacrată jubileului de 60 ani a USMF “Nicolae Testemițanu” (2005), la al III-lea Congres Național de Ftiziopneumologie din Republica Moldova (2005), la Conferința științifico-practică consacrată jubileului de 55 ani a Spitalului Clinic Municipal „Sfântul Arhanghel Mihail” (2006), la Conferința științifico-practică anuală a USMF “Nicolae Testemițanu” (2006), la Conferința practico-științifică consacrate aniversării 30 ani de activitate a IMSP SCM „Sfânta Treime” (2006).

Rezultatele studiului au fost reflectate în 11 lucrări științifice publicate.

Lucrarea a fost discutată și recomandată pentru susținere publică la ședința comună a catedrelor Medicina internă nr. 5, Medicina internă nr. 6 și Pneumoftiziologie a USMF “Nicolae Testemițanu” (proces verbal nr. 2 din 7 septembrie 2006) și ale Seminarului Științific de profil pe specialitățile 14.00.26 – Ftiziopneumologie și 14.00.36 – Diagnosticul de laborator, imunologie și alergologie din cadrul IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc” (proces verbal nr. 5 din 19 octombrie 2006).

Capitolul 1

TUBERCULOZA ÎN PRACTICA INTERNISTULUI: STAREA ACTUALĂ A PROBLEMEI (REVISTA LITERATURII)

1.1. Problema tuberculozei în plan global și în Republica Moldova

Tuberculoza (TB) este o boală infecto-contagioasă, determinată de *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*), numit și bacilul Koch, sau, foarte rar, de *M. bovis* sau *M. africanum*, cu o evoluție naturală (fără tratament) progresivă, nefavorabilă, cu dezvoltarea diferitelor complicații și în final – deces [3,47,175,178,210].

Infecția tuberculoasă și TB activă sunt prezente peste tot în lume [87,91,182]. Conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) [26], în prezent, aproximativ 1/3 din populația de pe glob este infectată cu *M. tuberculosis*. Anual în lume se înregistrează în jurul la 8,4 milioane de cazuri noi de TB și peste 2 milioane de cazuri de deces din cauza acestei maladii. TB cauzează mai multe decese decât oricare altă infecție [26,176,204] și se situează în rândul primelor 10 cauze de mortalitate globală [21]. Majoritatea deceselor se înregistrează în țările cu venituri scăzute și medii, care se confruntă cu dificultăți majore în privința asigurării atât a aprovizionării cu medicamente cât și a complianței pacienților la durata lungă a tratamentului [80,90]. Cel mai des se îmbolnăvesc de TB persoanele în vârstă aptă de muncă [217]. În Europa TB este una din cauzele majore de deces ale tinerilor și maturilor [26].

TB duce la scăderea considerabilă și de durată a calității vieții, deteriorând starea fizică și emoțională a pacienților, a activității lor sociale și profesionale, a stării materiale și statusului lor social, dezvoltând la ei starea de frică, depresiunea sau agresiunea etc. [8,33,69,106,279,294,280,281,282]. Calitatea vieții bolnavilor cu TB este în declin chiar și în cazurile de tratament eficient al maladii [137], care este de durată (nu mai puțin de 6 luni) și se face cu medicamente potențial toxice, ce pot cauza efecte adverse la un număr impunător de pacienți [198,238,133].

Majoritatea cazurilor noi de TB apar în națiunile cele mai populate – India și China, dar cea mai mare prevalență a afecțiunii se remarcă în Africa subsahariană, în arhipelagul indonezian și filipinez, în Afganistan, Bolivia și Peru [40,96,107,236,239].

Cu toate că, pe toată perioada celei de-a doua jumătăți a secolului 20, incidența TB a scăzut în America de Nord și în vestul Europei, rata de apariție a cazurilor a crescut în ultimii 10 ani, în principal datorită imigrației, a HIV/SIDA și a neglijării programelor de control al TB [41,48,59,132,164,188]. În grupele de risc în aceste țări intră și minoritățile etnice, pușcăriașii, prizonierii, lucrătorii medicali, vârstnicii, persoanele din diverse colectivități (aziluri de bătrâni, de

persoane handicapate etc.) [27,134,157,186,215].

În țările industrializate riscul contractării infecției cu *M. tuberculosis* și dezvoltării TB crește cu vârsta [17,72,131,210], fiind la bătrânii din colectivități (aziluri de bătrâni etc.) de 4 ori mai mare decât la bătrânii ce locuiesc la domiciliu [62,205].

Aproximativ o treime dintre cele 36 de milioane de persoane HIV pozitive din întreaga lume au o infecție concomitentă cu *M. tuberculosis* [42]. TB reprezintă principala cauză de deces la persoanele HIV pozitive, fiind răspunzătoare de o treime din decesele provocate de SIDA în întreaga lume [42,44,85].

O problemă alarmantă o constituie incidența și prevalența extrem de înalte a TB (inclusiv a formelor multidrogrezistente) în instituțiile penitenciare, în deosebi în țările postsovietice [43,159,191,261]. Pușcărișii eliberați din închisori constituie o sursă de răspândire vastă a infecției tuberculoase în întreaga populație [262].

Demult este cunoscut faptul că TB se asociază cu sărăcia [235]. Hawker J.I. și col. [108] au demonstrat că incidența TB corelează strâns cu nivelul sărăciei populației. Despre dependența TB de sărăcia populației relatează și alți autori [188,232].

Yamey G. [237] atribuie TB, de rând cu malaria și infecția cu HIV, la cele mai neglijate boli din lume. Ele sunt ignorate de industria farmaceutică și de parteneriatele public-private, dat fiind faptul că majoritatea pacienților care au asemenea boli sunt prea săraci ca să plătească medicamentele și asistența medicală.

Cauzele creșterii incidenței, prevalenței și mortalității de TB sunt: nivelul jos de trai și subalimentația populației, alcoolismul, migrația, creșterea numărului persoanelor fără adăpost, condițiile nesatisfăcătoare din închisori, ecologia deteriorată, factorii nocivi la locul de muncă etc. [14,141,227,267,273,275,276,278,295].

OMS consideră critică situația în 16 (țările fostei URSS și România) din cele 51 de țări europene, cărora în anul 2001 le-a revenit 80 % din 368000 de cazuri noi de TB, înregistrate în Europa [26,156,207,208], în care incidența, prevalența, invaliditatea și mortalitatea de această maladie este și în prezent în creștere [246,249,263,267,271,278].

În 1993 OMS a declarat TB problemă globală, iar în 1994 a lansat un nou program de îngrijiri integrate, denumit DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course) – "tratament sub supraveghere directă, pe o perioadă limitată" [183]. În acest sens, prin utilizarea unei cure medicamentoase de șase luni OMS a mobilizat, la nivelul fiecărei țări, fondurile, personalul și logistica necesare, înregistrând progrese mulțumitoare [73]. Aplicarea în practica medicală din multe țări a strategiei DOTS contribuie la optimizarea tratamentului și la reducerea incidenței TB [68]. Cu toate acestea, după părerea unor autori și strategia DOTS necesită să fie optimizată [40,67,90].

Un factor vital de scădere a ascensiunii TB îl reprezintă inițierea unui tratament adecvat, care să nu se limiteze numai la o schemă terapeutică eficientă, ci să asigure și complianța și răspunsul terapeutic. În Republica Moldova programul DOTS a început să fie implementat în anul 2001 [156].

Situația epidemică a TB în Republica Moldova este în curs de deteriorare pe parcursul ultimilor 15 ani. Sunt înalți și în continuă creștere așa indici ca incidența, prevalența și mortalitatea de TB [104,105,195,203,221,241], precum și numărul de bolnavi de TB neasigurați social [54,77,78,79]. Cea mai înaltă incidență a TB cazuri noi se înregistrează în municipiul Chișinău și suburbiile lui [221,240,228,242]. Este înaltă și în continuă creștere rezistența bolii la tratament [25,49,52,156;196].

Problema TB este extrem de gravă în grupele de risc și în deosebi în instituțiile penitenciare, în care se observă o evoluție gravă a maladiei [64,70] cu chimiorezistență înaltă [50,63] și mortalitate de 30 de ori mai mare decât în medie în țară [66].

Pisarenco S. și Sain D. [174] consideră, că indicii reali ai incidenței și prevalenței TB pot fi mai mari, decât cei reflectați în datele oficiale.

Cauzele situației epidemiologice grave a TB în Republica Moldova sunt: recesiunea economică, sărăcia și subalimentația populației [82,184,227,], alimentația insuficientă a bolnavilor [150], migrația populației [231] și a bolnavilor de TB [65], reorganizarea sistemului de control al TB [260].

Răspândirea largă a TB a determinat elaborarea unui nou Program Național de control al tuberculozei în Republica Moldova pentru anii 2001-2005, aprobat prin hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 559 din 28 iunie 2001 [178], care este în concordanță cu strategiile OMS de combatere a acestei maladii [26,71,86]. Activitatea de control al TB la noi în țară s-a efectuat în anii 2001-2005 conform acestui program [29,32,50,113,149,152,153,154,222,224], iar în prezent se efectuează după Programul Național de control și profilaxie a tuberculozei pentru anii 2006-2010, aprobat prin hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 1409 din 30 decembrie 2005 [179].

1.2. Internarea pacienților cu tuberculoză în spitalele și secțiile nespecializate în fiziologie și consecințele ei

În scurt timp după declararea în anul 1993 că TB este o urgență globală OMS a elaborat o strategie nouă de organizare a controlului eficient al acestei infecții, conform căreia depistarea pacienților cu TB se face în instituțiile curative de profil general, iar diagnosticul acestei boli urmează să fie confirmat în una din instituțiile fiziologice.

În prezent, în Republica Moldova, ca și în țările din Europa de Est, Statele Baltice și Comunitatea Statelor Independente diagnosticul și tratamentul TB se realizează în mod obișnuit în

instituțiile medicale specializate. Dar, pentru depistarea precoce a maladiei este necesară o abordare coordonată, o conlucrare strânsă dintre medicii de familie, interniști, doctorii specialiști (nespecializați în ftiziologie – pneumologi, cardiologi, endocrinologi etc.) și ftiziologi [26,112,155]. Prin depistarea precoce și trimiterea pentru tratament, furnizorii de îngrijiri medicale care sunt implicați în asistența medicală primară sunt cei care pot acorda primei servicii de asistență medicală pacienților și care pot contribui semnificativ la reducerea incidenței TB. Acest rol este în mod special important din momentul când întârzierea în depistarea infecției tuberculoase reprezintă o amenințare pentru comunitate și pentru personalul medical [26,142,158,219].

Furnizorii de asistență medicală primară joacă un rol foarte important în controlul TB deoarece majoritatea pacienților cu TB se adresează prima dată la doctorii ce activează în cadrul serviciilor de medicină generală [171,256,259,290,291].

Depistarea bolnavilor de TB pulmonară se face prin examenul pacienților care s-au adresat pentru asistență medicală primară sau prin examenul profilactic al persoanelor din grupele de risc major pentru TB [26].

Examenul radiologic utilizat în trecut pe larg pentru depistarea TB în prezent se aplică numai la persoanele din grupele de risc major de îmbolnăvire de TB [26,274]: grupele epidemice de risc; grupele sociale de risc (persoanele fără domiciliu, deținuții în penitenciare și foștii deținuți etc.); grupele medicale de risc (bolnavii cu diabet zaharat, cu infecție HIV, cu sechele posttuberculoase, alcoolici etc.);

În ultimii ani numărul de persoane examinate profilactic radiologic pentru depistarea TB, chiar și din grupele de risc, a scăzut considerabil din diverse motive [151,274].

O problemă majoră a medicinei o constituie depistarea tardivă a TB, erorile diagnostice la etapele de prespital, internarea pacienților cu această maladie în spitalele de larg profil și instalarea în aceste instituții medicale a infecției cu *M. tuberculosis*, care devine o infecție nosocomială și contribuie la apariția focarelor de TB [220,252].

Depistarea precoce a TB depinde în mare măsură de prudența și de calificarea personalului medical al serviciilor de medicină primară [229]. Fiecare caz de eșec în diagnosticul TB sau în suspectarea TB în aceste servicii duce la sporirea ponderii bolnavilor de această maladie internați în spitalele nespecializate în ftiziologie și în special în secțiile de boli interne. În consecință crește riscul de infectare cu *M. tuberculosis* și de apariție a cazurilor noi de TB (inclusiv a formelor rezistente la tratament) la bolnavii cu alte patologii, aflați la tratament, precum și la personalul din secțiile clinice și paraclinice [126,142,158,206,219], în special la asistentele medicale [181], personalul medical de vârstă tânără [248] și personalul serviciilor auxiliare [244]. Problema internării pacienților cu TB în spitalele de larg profil atrage atenția multor autori din diferite țări

[28,58,110,122,138,177,233].

Consecințele grave ale erorilor de diagnostic și ale diagnosticării tardive ale TB în secțiile nespecializate în ftiziologie ale spitalelor de larg profil din Statele Unite ale Americii, ce duc la sporirea considerabilă a numărului de cazuri de infectare nosocomială cu *M. tuberculosis* și a ratei decesurilor, au fost demonstrate încă în anii '80–'90 al secolului trecut [74,84,143,166]. Elaborarea și implementarea în practică a unor recomandări de combatere a TB în aceste instituții [31,98,99,100,109,117] s-au dovedit a fi eficiente în micșorarea transmiterii nosocomiale a infecției tuberculoase [13,15,19,97,136]. Cu toate acestea problema erorilor de diagnostic, a internării bolnavilor cu TB în spitalele de larg profil și a transmiterii nosocomiale a *M. tuberculosis* continuă să persiste în întreaga lume [97,121,144,180,200], inclusiv în Republica Moldova [6,7].

Erorile de diagnostic, inclusiv diagnosticarea tardivă a TB în spitalele de larg profil, se întâlnesc mai des în cazurile pacienților de vârstă înaintată [45,55,130,138,230], cu infecție HIV [2,124,146,160,202], cu schimbări radiologice pulmonare necavitare [125,146,230], cu absență a tusei și a expectorației [146,202], cu rezultate negative ale examinării sputei la BAAR [36,45,125,138,230], cu simptomatologie atipică a maladiei [97].

În spitalele de larg profil din SUA cea mai înaltă mortalitate (8-25 %) de TB poate fi observată la bolnavii de vârstă înaintată, la pacienții cu infecție HIV asociată și la cei din secțiile de terapie intensivă [45,55,97,128,130,168].

Kako K. și col. [119] atrage atenția opiniei medicale la problema depistării tardive a TB demonstrând în studiul efectuat de ei, că la 34,8 % din bolnavii spitalizați în clinica universitară de larg profil „Fujita Health University Hospital” (Aichi, Japonia) diagnosticul nu a fost suspectat la internare. La bolnavii baciliferi diagnosticul de TB a fost stabilit în primele 3 zile, iar la pacienții cu rezultate negative a examenului sputei la BAAR TB a fost diagnosticată doar peste 1-2 luni. Majoritatea bolnavilor baciliferi au fost transferați în secția de boli infecțioase, dar 44 % din ei s-au aflat în saloane cu multe paturi în medie timp de 11 zile. Despre necesitatea depistării precoce a TB în spitalele de larg profil și transferului la timp a pacienților cu această maladie în secțiile specializate în tratamentul TB menționează și Hiraoka H. și col. [110].

În perioada anilor 1998-2002 toate spitalele de TB din Taiwan au fost închise, iar bolnavii cu această patologie au început să fie tratați în spitalele de profil larg, ceea ce a cauzat o creștere a numărului de cazuri de infectare nosocomială cu *M. tuberculosis* a pacienților cu alte maladii, aflați în aceste instituții medicale [158].

Depistarea tardivă a TB este și cauza instalării multidrog rezistenței [212], evoluției bolii cu complicații, creșterii duratei și costului tratamentului, diminuării eficacității lui, iar în multe cazuri – și a deceselor bolnavilor [1,10,199,258,292]. Челнокова О.Г. și Кибрик Б.С. [292] au demonstrat,

că întârzierea diagnosticării pneumoniei cazeoase în staționările de larg profil cu 7-10 zile duce la creșterea mortalității bolnavilor de 2,6 ori.

Ribeiro S.A. și Matsui T.N. [185] au examinat 141 de cazuri de internare a bolnavilor cu TB în spitalul universitar din São Paulo (Brazilia) și au constatat, că în 60 % de cazuri TB nu a fost suspectată până la spitalizarea pacienților, deși ei au fost simptomatici în medie 2,9 luni. Majoritatea pacienților au fost cu evoluție avansată a bolii, 17,7 % din ei au decedat în spital, în 52 % de cazuri cauza decesului fiind TB.

Într-un studiu efectuat în Alos Setar (Malaysia) Y. Ismail [116] constată, că 90,4 % din pacienții cu TB pulmonară confirmată în clinică, la etapa de prespital au consultat mai mulți doctori care au exclus TB, deși majoritatea din ei aveau un istoric al bolii clasic sau schimbări radiologice tipice. După datele aceluiași autor în 1993 în Penang Hospital diagnosticul de TB în 31,5 % a fost stabilit doar la necropsie.

Conform datelor publicate de Furey W.W. și Stefancic M.F. [88] TB este suspectată sau diagnosticată la etapa de prespital numai la 36 % din pacienții internați în spitalele de larg profil.

Kobashi Y. și col. [123] au constatat, că în ultimii 15 ani a sporit numărul de pacienți cu TB pulmonară internați în spitale de larg profil, în special a vârstnicilor și baciliferilor, iar manifestările clinice ale bolii s-au modificat. Autorii au comparat 2 loturi de bolnavi spitalizați, unul – cu diagnosticul de TB pulmonară stabilit la etapa de prespital, altul – cu diagnosticul de TB pulmonară stabilit doar după spitalizare, și au constatat, că majoritatea pacienților, la care TB pulmonară a fost diagnosticată doar după internarea în spital, aveau infiltrat sau infiltrate pulmonare asemănătoare cu cele din pneumonii.

Conform studiului Counsell S.R. și col. [45], efectuat timp de 5 ani într-un spital de larg profil cu 515 paturi, TB pulmonară nu este suspectată la internare la 42 % de bolnavi baciliferi, ei fiind în majoritate (92 %) în vârstă de peste 65 ani. Acești bolnavi, în comparație cu cei la care TB a fost suspectată din prima zi, sunt izolați mai târziu, la ei diagnosticul se stabilește mai tardiv, durata aflării în spital și mortalitatea este mai mare.

După datele prezentate de Rodger A. și col. [188], în Londra durata de timp de la apariția simptomelor de TB până la diagnosticarea maladiei este în medie de 49 zile (variază de la 14 până la 103 zile). O situație similară a fost constatată și la Barselona [189]. Studiile din Rusia demonstrează, că perioada de timp de la prima adresare a pacienților la policlinică până la diagnosticarea TB este în medie de 3,5 luni [256], iar de la instalarea bolii până la diagnosticarea ei – 4 luni [259].

Deoarece în prezent depistarea TB se face în majoritatea cazurilor prin adresarea pacienților la doctorii din sectorul primar de acordare a asistenței medicale, de multe ori la acești bolnavi TB se

află într-un stadiu avansat de evoluție (pneumonie cazeoasă, TB miliară, fibrocavitară etc.) cu descompunere a țesutului pulmonar și eliminare de BAAR [256,257,259,291,296].

Este în creștere și numărul de cazuri de depistare a TB post mortem [256,293]. În studiul efectuat de Gherbîș T. și col. [93] 23 (45,1 %) din 51 bolnavi cu TB pulmonară, decedați în scurt timp după internarea într-un spital ftiziologic, au fost transferați din diverse spitale somatice, unde s-au aflat în medie 2,8 zile.

1.3. Cauzele erorilor de diagnostic a tuberculozei

Cauzele erorilor de diagnostic al TB sunt multiple și pot fi divizate în 2 grupe esențiale: subiective și obiective [286].

1.3.1. Cauzele subiective ale erorilor de diagnostic a tuberculozei

Cauzele subiective ale erorilor de diagnostic a TB sunt reprezentate în special de nivelul de calificare a personalului medical și corectitudinea organizării serviciului de control al acestei maladii.

Б.С. Кибрик și Ю.В. Маковей [257] menționează „erorile duble” în diagnosticul TB, comise la etapa de prespital și în spitalele somatice (de larg profil), ce duc la sporirea răspândirii nosocomiale a infecției cu *M. tuberculosis*. Acești autori au examinat 209 cazuri de TB primar depistată și au constatat, că în pofida faptului că aproape toți pacienții până la adresarea lor la policlinică au fost simptomatici în medie timp de 2-4 luni, 16 % din ei au fost internați în spitale de larg profil, unde a și fost diagnosticată TB, inclusiv la 4 bolnavi – postmortem. După părerea autorilor, erorile diagnostice sunt de cauze atât subiective (vigilență scăzută a doctorilor din sectorul primar), cât și de cauze obiective: modificarea tabloului clinic și a evoluției naturale a bolii ce se observă în ultimii ani.

Erorile de diagnostic, suspectarea și diagnosticarea tardivă a TB la pacienții internați în spitalele de larg profil se explică și prin vigilența scăzută și lipsa unei experiențe bogate a personalului medical în depistarea maladii în comparație cu experiența personalului din instituțiile sau secțiile specializate în ftiziologie [45,125,129,138,146,230].

După Minakuchi M. și col. [145] cauzele diagnosticării tardive și spitalizării bolnavilor cu TB în spitalele nespecializate în tratamentul acestei maladii sunt: nesuspectarea la timp a bolii și neexaminarea radiologică a pacientului și a sputei la BAAR, prevalarea simptomatologiei altor boli, interpretarea incorectă a rezultatelor investigațiilor radiologice și altele.

În unele regiuni din Rusia până la 80 % din personalul policlinicilor nu se ocupă de depistarea TB după tabloul clinic al bolii [256]. Aproximativ 50 % din doctorii radiologi și ftiziologi nu cunosc sindroamele patologice pulmonare esențiale și metodologia examinării

pacienților [259].

Rar se recurge la examinarea sputei la BAAR [259]. Фишер Ю.Я. și col. [288] au studiat problema internării bolnavilor cu TB pulmonară în 2 spitale de larg profil din Moscova și au constatat, că în 53,2 % de cazuri boala era într-un stadiu avansat, cu descompunere a țesutului pulmonar, dar BAAR în spută a fost depistat doar în 4 % de cazuri, deoarece doctorii indicau foarte rar această investigație. În scurt timp după ce fiziologii au întreprins o activitate de explicație personalului medical despre necesitatea și metodologia corectă de examinare a sputei frecvența depistării BAAR a crescut de 7 ori.

După datele publicate de Шульга И.А. și col. [297], la prima examinare a pacienților în policlinici și în spitalele somatice analiza sputei nu se indică în 57 % de cazuri, tomografia pulmonară – în 95,4 % de cazuri, radiografia pulmonară în proiecții laterale – în 92,8 % de cazuri, reacția Mantoux – în 100 % de cazuri, hemograma – în 7,3 % de cazuri, analiza urinei – în 14,4 % de cazuri.

Covalencu I. și col. [47] consideră, că nivelul redus de cunoștințe a particularităților clinice în TB contemporană și aplicarea insuficientă a metodelor decisive de examinare a pacienților prezintă o cauză importantă de depistare tardivă a acestei boli.

În studiul efectuat de Cula E. și Boțan D. [53], la 76,5 % din bolnavii de TB internați în spitalele somatice din or. Chișinău în anul 2003, simptomul comun al TB, tusea, și debutul lent cu sindrom de intoxicație a persistat de la 3 săptămâni până la peste 1 an. Cu toate acestea medicii de familie nu au suspectat și nu au examinat pacienții la TB. În spitalele somatice BAAR în spută a fost depistat numai la 4 (9,5 %) din 42 (41,1 %) pacienți baciliferi.

Ambros F. și col. [6,7] au ajuns la concluzia, că concentrarea pacienților cu TB pulmonară în secțiile somatice are loc din mai multe motive: prudența joasă a medicilor față de această maladie, analiza insuficientă a datelor anamnestice, neluarea în considerație a prezenței factorilor de risc sporit de îmbolnăvire, necunoașterea „măștilor” tuberculozei, neexaminarea sputei la BAAR, sau examinarea ei incorectă, atât la etapa de prespital cât și la cea spitalicească etc. Autorii menționează, că la etapa actuală în asociațiile medicale și în secțiile de boli interne este necesară o revedere a atitudinii față de examinarea “simptomaticilor” pentru o stabilire mai precoce a diagnosticului de TB pulmonară.

Țâmbalari Gh. și Burinschi V. [223] indică la conclucrarea nesatisfăcătoare între serviciul de fiziopneumologie și medicii de familie din teritoriu. După cum remarcă Țâmbalari Gh. și col. [222] unii medici nici nu doresc să se conformeze noilor cerințe. Conform rezultatelor studiului efectuat de Ustian A. și col. [225] 1/5 din bolnavii depistați prin adresare sunt transferați în spitalele de tuberculoză din spitalele somatice. Haidarlî I. și col. [102] consideră, că o rezervă de scădere a

mortalității prin TB este ameliorarea diagnosticării bolii de medicina primară.

Капков Л.П. [256], Белиловский Е.М. și col. [246], Красноборова С.Ю. și Зенин Д.М., [259] menționează, că una din cauzele nediagnosticării la timp a TB o reprezintă erorile comise de laboranți în colectarea sputei, pregătirea frotiurilor, microscopie, interpretarea rezultatelor etc. La erorile posibile în examenul sputei la BAAR atrage atenția și Toman K. [216].

Problema vigilenței joase a doctorilor și laboranților este abordată și de alți autori [255,286]. Armonizarea conlucrării dintre fiziologi și medicii nespecialiști în fiziologie, și în primul rând a medicilor de familie, ar contribui mult la ameliorarea sistemului de control al TB [194,203,269,270].

Retardarea diagnosticării TB și a tratamentului corect al maladiei este cauzată și de aplicarea nejustificată pe larg a tratamentului ex juvantibus până la confirmarea diagnosticului [259].

1.3.2. Cauzele obiective ale erorilor de diagnostic a tuberculozei

Cauzele obiective ale erorilor de diagnostic a TB sunt acelea, care depind puțin sau nu depind de calificarea personalului medical.

Una din ele, ce face dificil diagnosticul și diagnosticul diferențial al TB pulmonare la etapa de prespital și în spitalele de larg profil o reprezintă formele multiple de evoluție a bolii [277].

Manifestările clinice ale TB sunt foarte variabile și depind de sediul sau sediile leziunilor, de eficiența mecanismelor de apărare ale gazdei față de agresiunea tuberculoasă și de prezența sau absența unor boli asociate [175].

TB pulmonară se manifestă prin sindrom de intoxicație inflamatorie (temperatură corporală înaltă, frisoane, transpirații, palpitații, astenie, scăderea apetitului, pierdere ponderală) și simptome bronho-pulmonare (tuse, expectorație, hemoptizie, dureri toracice, dispnee). Tabloul clinic poate varia de la absența simptomaticei până la manifestări maxime [24,175,210,277]. Poate fi polimorfă, foarte variată și imaginea radiologică a TB pulmonare [170,171], care des corelează cu manifestările clinice [172].

În ultimul timp tot mai des TB evoluează atipic [123,265,290], cu debut acut cu febră înaltă, intoxicație pronunțată, tuse productivă, dispnee [286], cu tendința spre evoluție pseudopneumonică [23,264]. Frecvent la acești pacienți se stabilește diagnosticul incorect de pneumonie [195,285]. Este înaltă și ponderea pacienților cu forme acut progresante [187], diseminate [94] și distructive ale TB [101,173,190]. Covalencu I. și col. [47] consideră, că actualmente predomină TB extinsă, tardiv depistată, cu manifestări clinice modificate, sub formă de „măști” derulante și insuficient studiate.

O altă cauză obiectivă a erorilor de diagnostic al TB o constituie bolile asociate,

manifestările cărora ies pe prim plan și maschează tabloul clinic al TB. Хауадамова Г.Т. și col. [290] au constatat boli concomitente la 70,7 % de pacienți cu TB, internați în secția de pneumologie a unui spital de larg profil din Alma-Ata: maladii pulmonare cronice nespecifice – 65,9 %, alcoolism – 9,7 %, diabet zaharat – 2,4 %, ulcer gastric sau duodenal – 9,8 %, lupus eritematos sistemic – 2,4 %. Худушина Т.А. și Маслакова М.Г. [291] au notat boli asociate în 83 % de cazuri de TB primar depistată (alcoolism, boală ulceroasă, boli pulmonare cronice nespecifice, boli cardio-vasculare etc.), iar Фишер Ю.Я. și col. [288] – la 71,6 % din 155 de bolnavi de TB pulmonară internați în 2 spitale somatice din Moscova, inclusiv în 8,2 % de cazuri au fost diagnosticate 2 sau mai multe boli asociate. Haidarlî I. și col. [103] au analizat mortalitatea bolnavilor cu TB în Republica Moldova în perioada anilor 1995-1998 și au constatat, că în 36,5 % din cazuri decese se produc prin alte boli și cauze.

TB poate să se asocieze sau se instalează pe fond de multe alte boli, dar mai frecvent cu cele ce compromit imunitatea și rezistența organismului la infecții: HIV [60,120,193,209,211,226,272], insuficiența renală cronică [139], diabetul zaharat [218], bolile hepatice [76], tratamentul de durată cu corticosteroizi și citostatice etc.

Kako K. și col. [118] au constatat la pacienții internați într-un spital de larg profil asocierea TB cu diabetul zaharat în 17,4 % de cazuri, cu cancerul – în 14,5 % de cazuri, cu ulcerul gastric – în 14,5 % de cazuri, cu insuficiența renală – în 7,2 % de cazuri.

În studiul efectuat de Watanabe A. și col. [234] s-a determinat asocierea TB pulmonară cu cancerul la 2,1 % din 758 pacienți cu cancer, iar în investigațiile Macia Escalante S. și col. [135] – la 5,7 % din 105 bolnavi cu TB, internați în spitale de larg profil. Instalarea cancerului poate să precede TB, să fie concomitentă cu cea a TB sau să apară pe fond de evoluție a TB [135,234].

Este greu de diagnosticat TB la vârstnici, la persoanele asociale cu patologii multiple [154,286].

Tabloul clinic al TB pulmonare la vârstnici este des atipic, ceea ce duce la erori de diagnostic, iar în unele cazuri boala este diagnosticată doar post-mortem [56,62]: febra, transpirațiile nocturne și tusea pot fi absente; pot fi prezente dispneea, pierderea apetitului, scăderea ponderală, dezorientarea în timp și spațiu; des pot fi boli asociate multiple ce maschează manifestările clinice ale TB. Radiologic sunt proporțional mai frecvente schimbările miliare, mai des procesul patologic este localizat în lobul mediu sau în cele inferioare. Peste o jumătate din pacienți sunt baciliferi, deci – contagioși, și mai frecvent au antecedente de TB.

Este important și faptul, că examenul fizic, funcțional și biochimic al pacientului are o importanță minoră în diagnosticul TB [286].

TB este depistată tardiv, iar eficacitatea tratamentului este scăzută și din cauza culturii

sanitare joase a populației, ignorarea stării nesatisfăcătoare a sănătății de către pacienți și neadresarea la timp la doctori [20,246,252,283], precum și incomplianța diagnostică a bolnavilor [114,161,162]. Persoanele „non cooperante” cu TB pulmonară prezintă o categorie de bolnavi foarte periculoasă atât pentru sine cât și pentru societate [162]. Б.С. Кибрик și Ю.В. Маковей [257] au constatat, că pacienții cu TB sunt simptomatici în medie timp de 2-4 luni până la prima adresare a lor la medic. Vârstnicii des solicită tardiv consultația medicului deoarece consideră, că deteriorarea stării de sănătate se explică prin vârsta înaintată [254]. Писаренко С. și Гербыш Т. [268] au examinat 51 cazuri de deces prin TB pulmonară și au constatat că toți decedații au abuzat alcool sau au fost narcomani.

TB, în deosebi cea primară și cea diseminată hematogenă, mai des decât alte infecții poate declanșa reacții nespecifice (paraspecifice) a sistemului imunocompetent, manifestările clinice ale cărora pot ieși pe prim plan și masca manifestările TB [201,251]. Aceasta creează dificultăți mari în diagnostic și diagnosticul diferențial. Spectrul clinic al manifestărilor paraspecifice ale TB este foarte larg și include [247,266,284]: semne cutanate (eritem nodos, vasculită hemoragică, paniculită), cheratoconjunctivită, sindroame articulare (mono- sau poliartrită, sinovită), afecțiuni ale membranelor seroase (pleurezie, peritonită, pericardită), nefropatii (glomerulonefrită cu sindrom nefrotic, amiloidoză), miocardite nespecifice, sindroame hematogene (anemii, reacții leucemoide etc.). Lee S.W. și col. [127] au constatat anemie, predominant moderată, la 32,7 % de bolnavi de TB. Ea se întâlnea mai des la femei și la vârstnici, fiind în majoritatea cazurilor normocitară, normocromă, iar în 9 % de cazuri – microcitară, hipocromă. La 60 % de bolnavi tratamentul antituberculos a normalizat hemograma. Viteza de sedimentare a hematiilor des poate să atingă valorile de 60-70 mm/oră [297].

Красноборова С.Ю. și Зенин Д.М. [259] consideră, că în majoritatea cazurilor erorile de diagnostic al TB sunt de cauze subiective și numai în 8 % de cazuri – de cauze obiective. Autorii ajung la concluzia, că este necesară perfecționarea medicilor din instituțiile de acordare a ajutorului medical primar în domeniul depistării TB.

Rezumat

Analiza publicațiilor de specialitate permite de a face concluzia, că situația epidemiologică a TB prezintă o problemă globală majoră. În Europa ea este critică în țările fostei URSS (inclusiv în Republica Moldova) și România, în care incidența, prevalența, invaliditatea și mortalitatea de această maladie sunt foarte înalte și în continuă creștere.

Problema erorilor de diagnostic al TB la diferite etape de acordare a ajutorului medical, a internării bolnavilor în spitalele și secțiile nespecializate în fiziologie, a diagnosticării tardive a

acestei maladii este actuală și importantă în toată lumea, iar în Europa – în deosebi în țările fostei Uniuni Sovietice, inclusiv în Republica Moldova.

În consecința erorilor de diagnostic mulți pacienți cu TB sunt internați în spitalele somatice, nespecializate în ftiziologie, boala este diagnosticată tardiv sau, în unele cazuri, chiar post mortem.

Cele expuse demonstrează necesitatea stringentă de a studia cauzele erorilor de diagnostic a TB la diverse etape de acordarea a asistenței medicale și a internării pacienților cu această maladie în spitalele somatice, în special în secțiile de boli interne. Rezultatele studiului vor contribui la armonizarea conlucrării dintre ftiziologi și medicii nespecialiști în ftiziologie, în primul rând medicii de familie, și la ameliorarea sistemului de control al TB.

Capitolul 2

MATERIAL ȘI METODE

În studiu au fost incluși 936 pacienți. Unul din loturi a constat din 706 bolnavi internați în perioada anilor 2001-2005 în diverse instituții medico-sanitare publice (IMSP) de profil general, nespecializate în fiziologie: SCM nr. 1, SCM „Sfântul Arhanghel Mihail”, SCM „Sfânta Treime” și SCM nr. 4, unde la ei a fost suspectată TB pulmonară sau pleurezie de etiologie tuberculoasă (maladia nu a fost bănuită la etapa de prespital). După consultarea fiziopneumologului acești bolnavi au fost transferați în SCM de Ftiziopneumologie, în care la 422 (lotul esențial de observații) din ei diagnosticul a fost confirmat. Din cei 706 pacienți, îndreptați la SCM de Ftiziopneumologie, 136 (19,3 %) subiecți au fost trimiși din SCM nr. 1, 138 (19,5 %) – din SCM „Sfântul Arhanghel Mihail”, 344 (48,7 %) – din SCM „Sfânta Treime” și 88 (12,5 %) – SCM nr. 4.

Loturile de comparație (martor) au fost compuse din 230 subiecți, selectați randomizat, inclusiv:

- 101 pacienți cu TB pulmonară sau pleurezie de etiologie tuberculoasă internați în SCM de Ftiziopneumologie, fiind trimiși pentru spitalizare de doctorii din instituțiile de acordare a asistenței medicale primare, care au depistat maladia;
- 129 bolnavi cu pneumonie comunitară, internați în SCM „Sfânta Treime”.

În scopul obținerii unor date uniforme și comparabile toți bolnavii au fost examinați după un singur plan, bazat pe schema clasică de examinare clinică a bolnavului [4,5,30] acceptată unanim în clinicile din or. Chișinău, pe standardele de diagnostic a TB elaborate de Societatea Toracică Americană [9], pe recomandările „Uniunii internaționale contra tuberculozei și bolilor pulmonare” (International Union Against Tuberculosis and Lung Disease) [80], pe indicațiile OMS în abordarea pacienților cu TB sau a persoanelor cu risc de dezvoltare a acestei maladii [26].

În examenul fiecărui pacient se acorda o atenție deosebită:

- vârstei pacientului la debutul bolii;
- timpului, condițiilor de apariție, debutului, caracteristicilor, duratei și evoluției simptomatice compatibile cu TB pulmonară (tuse seacă sau cu expectorație mai mult de 3 săptămâni, jenă toracică, hemoptizie, dispnee, astenie fizică, fatigabilitate, anorexie, scădere ponderală, febră, transpirații nocturne);
- factorilor epidemiologici: contactelor (și durata lor) cu bolnavi de TB (în familie, la serviciu, în alte circumstanțe);
- factorilor sociali:

- deprinderilor dăunătoare (fumat, abuz de alcool, narcotice sau alte toxice);
 - stării familiare (căsătorit, necăsătorit sau divorțat) și relațiilor în familie (foarte bune, bune, satisfăcătoare, nesatisfăcătoare);
 - condițiilor de trai la domiciliu (casă proprie, apartament în bloc, cămin sau chirie, vagabond etc.);
 - profesiunii, locului și condițiilor de la locul de muncă în trecut și în prezent (lucru fizic ușor sau greu, cu sau fără factori nocivi (suprarăcire, poluarea aerului etc.), cu sau fără factori nocivi; activitate intelectuală, pensionar, elev, student, șomer, invalid etc.);
 - alimentației (regulată, neregulată, calitate bună, calitate satisfăcătoare, calitate nesatisfăcătoare, subalimentație);
- persoanelor din grupurile de risc (persoane care împart spațiul de locuit cu o persoană bolnavă de TB; deținuți, foști deținuți sau personalul din penitenciare; persoanele care fac abuz de alcool sau consumă droguri; persoane care aparțin categoriilor sociale defavorizate, cum ar fi persoanele fără locuință, șomerii sau imigranții; personalul medical);
 - traumelor psihice sau fizice;
 - bolilor asociate;
 - duratei de la îmbolnăvire (apariția simptomaticei compatibile cu TB pulmonară) până la adresarea la medicul de familie sau la alt doctor din sectorul primar de acordare a asistenței medicale;
 - duratei de la adresarea la medicul de familie sau la alt doctor al serviciilor de medicină primară până la internarea în unul din SCM de profil general (nespecializate în ftiziologie);
 - duratei de aflare a pacienților cu TB pulmonară sau pleurezie de etiologie tuberculoasă în spitalele de profil general până la stabilirea diagnosticului și transferarea bolnavilor în IMSP specializate în ftiziologie;
 - duratei de la îmbolnăvire până la începutul tratamentului antituberculos;
 - adresărilor (și numărul lor) în trecut la ftiziolog;
 - dacă se află (s-a aflat) la evidență sau se tratează (s-a tratat în trecut) la ftiziolog (instituția și durata tratamentului);
 - altor indici importanți pentru suspectarea și depistarea TB pulmonare, caracterizarea evoluției maladiei, aprecierea statusului social al subiectului examinat și comportamentului (atitudinii față de maladie) pacientului, precum și pentru relevarea corectitudinii acțiunilor personalului medical din diverse instituții de acordare a asistenței medicale.

Toți pacienții au fost examinați fizic prin metode de rutină: inspecția, palpația, percuția și

auscultația.

Prin radiografia cutiei toracice se căutau semne evocatoare prin sediu (segmente posterioare ale lobilor superiori; segmentul apical al lobului inferior drept sau stâng, numit altfel segmentul Nelson sau segmentul Fowler) și prin aspect (infiltrate, noduli, caverne) [11,22].

Examenul bacteriologic se efectua prin prelevările de spută realizate fie prin recoltarea expectorației matinale (probe necontaminate cu mâncare), fie printr-o bronhoscopie cu aspirație dirijată („aspiratul bronșic”). La necesitate se studia lichidul pleural sau alte lichide biologice. Căutarea BAAR se făcea prin examenul microscopic direct (colorația Ziehl-Neelsen), iar în unele cazuri și prin cultivarea *M. tuberculosis*.

La bolnavii cu revărsat pleural se efectuau și examene biochimice a lichidului pleural.

Pe lângă examenele paraclinice obligatorii, precum sunt hemograma și analiza generală a urinei, la necesitate se efectuau și alte investigații de laborator (proteina C-reactivă, ureea, creatinina, glucoza, bilirubina, aminotransferazele, hemocultura cu antibiogramă la pacienții febrili etc.) și instrumentale (spirografia, fibrobronhoscopia, electrocardiografia etc.).

Toți pacienții au fost examinați pentru boli asociate, în deosebi pentru cele ce compromit imunitatea și pot contribui la instalarea TB pulmonare (diabet zaharat, HIV/SIDA, stomac rezectat, alte stări de imunosupresie).

Starea de nutriție a bolnavilor a fost apreciată după *indicele de masă corporală* (IMC), care se calcula după formula [92]:

$$\text{IMC (kg/m}^2\text{)} = \text{Ga}/\hat{\text{I}}^2$$

Ga = greutatea actuală (kg)

$\hat{\text{I}}$ = înălțimea (m)

Conform recomandărilor OMS valorile normale ale IMC variază de la 18,5 până la 24,9 kg/m². Valoarea IMC egală sau mai mare de 25 reprezintă obezitate (25,0-29,9 – obezitate de gradul 1; 30,0-39,9 – obezitate de gradul 2; 40 sau mai mare – obezitate de gradul 3). Valoarea IMC mai mică de 18,5 este caracteristică pentru subiecții subnutriți [169].

După examinarea pacienților internați în spitalele de profil larg, diagnosticarea prezumptivă la ei a TB pulmonare și consultarea ftiziologului, acești bolnavi erau trimiși la IMSP specializate în ftiziologie pentru a fi spitalizați, investigați (pentru confirmarea diagnosticului de TB) și tratați.

A fost efectuată și o analiza minuțioasă a documentației medicale (a fișelor de ambulatoriu, a fișelor de observație clinică din spitalele de profil larg și a celor specializate în ftiziologie, a bonurilor de trimitere a pacienților în staționar etc.), ceea ce a permis elucidarea cauzelor de abordare incorectă a pacienților la etapa prespitalicească, ale internării bolnavilor cu TB pulmonară în spitale nespecializate, ale erorilor diagnostice, ale începerii tardive a tratamentului și ale

deceselor bolnavilor.

A fost efectuată de asemenea și o analiză a documentației medicale din secțiile de statistică din spitalele de profil larg.

Metodele de prelucrare statistică

Toate datele cercetărilor clinice, de laborator, instrumentale și ale documentației medicale au fost incluse în fișe speciale standardizate ce conțineau peste 100 de criterii ce caracterizau pacientul. Prelucrarea statistică a rezultatelor studiului s-a efectuat computerizat prin metode de analiză variațională și discriminantă [147,148,245,250,253,287], cu recurgerea la programele speciale (Microsoft Excel 2002 for Windows, versiunea Română, și/sau SPSS for Windows, versiunea 13.0). Au fost determinate valorile medii aritmetice și erorile standarde ale mediilor aritmetice ($M \pm m$). Pentru estimarea veridicității diferențelor valorilor medii dintre grupe s-a utilizat criteriul „t” Student. Au fost considerate concludente diferențele cu probabilitatea de peste 95% ($P < 0,05$). Coeficientul de corelație a fost calculat după formula Pearson.

Capitolul 3

CARACTERISTICA CONTINGENTULUI DE BOLNAVI CU TB PULMONARĂ INTERNAȚI ÎN SPITALELE DE PROFIL LARG, PONDEREA LOR ȘI FORMELE MALADIEI LA EI

Pentru a caracteriza contingentul de bolnavi cu TB pulmonară internați în spitalele de profil larg a fost studiat un lot format din 706 pacienți, la care în spitalele clinice municipale ale or. Chișinău (SCM nr. 1, SCM „Sfântul Arhanghel Mihail”, SCM „Sfânta Treime” și SCM nr. 4) a fost suspectată TB pulmonară sau pleurezie de etiologie tuberculoasă și care ulterior au fost transferați în SCM de ftiziopneumologie pentru confirmarea diagnosticului și tratament.

Instituțiile medico-sanitare publice în care au fost internați pacienții și ponderea lor în ele sunt prezentate în fig. 3.1. Cei mai mulți pacienți cu această patologie au fost trimiși și spitalizați la SCM „Sfânta Treime”. Ponderea lor a fost mai mult decât de 2 ori mai mică și practic egală la SCM nr. 1 și SCM „Sfântul Arhanghel Mihail” și cea mai mică la SCM nr. 4.

Datele prezentate în tab. 3.1. demonstrează, că majoritatea bolnavilor, 405 din 706 ($54,4 \pm 1,86\%$), au fost internați în secțiile de profil terapeutic, cel mai des – în secțiile de terapie generală. Mai rar, în $17,7 \pm 1,44\%$ din cazuri, pacienții au fost internați în secțiile de profil chirurgical și reanimare ($4,2 \pm 0,75\%$). La 146 bolnavi ($20,7 \pm 1,52\%$) TB pulmonară a fost suspectată în secția de internare și pacienții au fost trimiși direct la SCM de Ftiziopneumologie fără a fi internați în spitalele de profil larg.

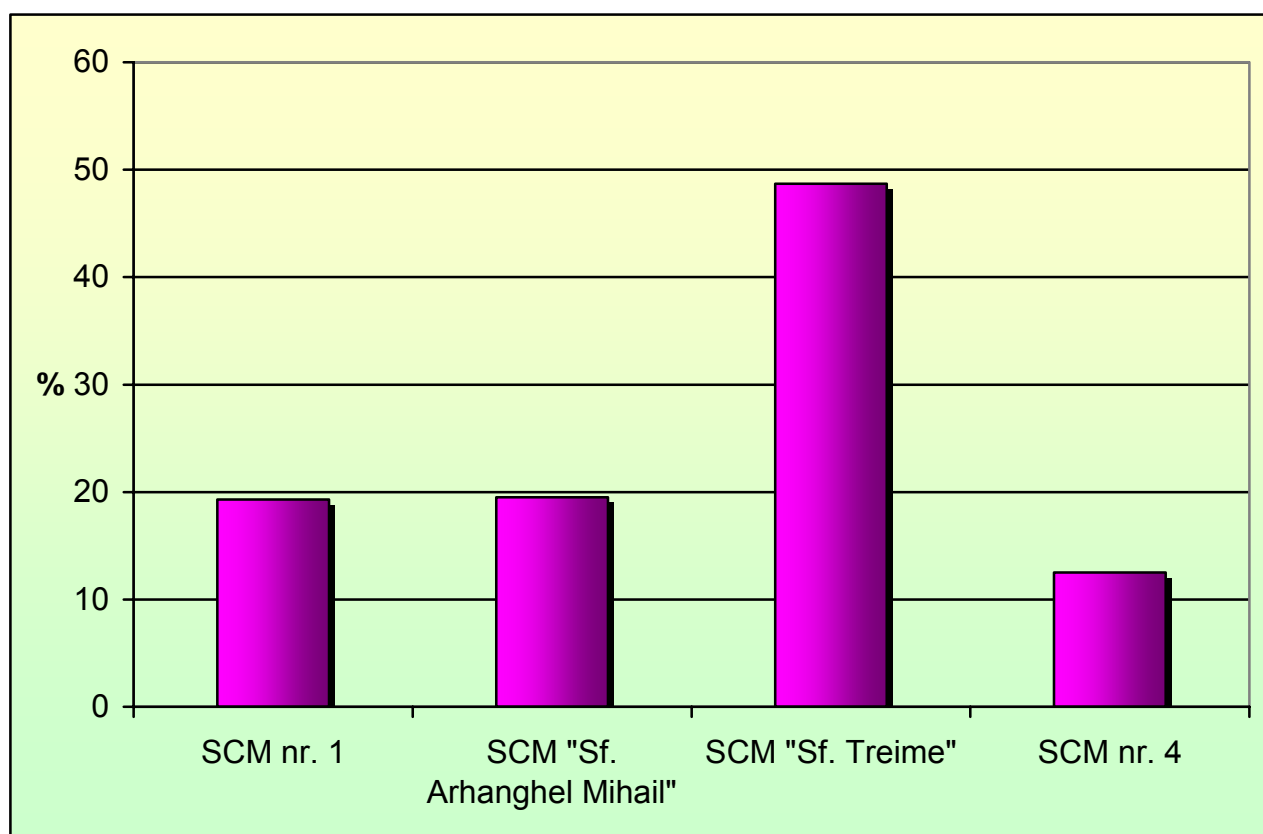


Figura 3.1. IMSP în care au fost internați pacienții cu TB pulmonară sau pleurezie de etiologie tuberculoasă

Tabelul 3.1. Secțiile în care au fost internați pacienții cu TB pulmonară

Secția:	Nr. de pacienți	%
de profil terapeutic	405	57,4±1,86
Terapie generală	282	69,63±2,285
Pneumologie	71	17,53±1,889
Neurologie	18	4,44±1,024
Gastroenterologie	14	3,46±0,908
Endocrinologie	11	2,72±0,808
Reumatologie	3	0,74±0,426
Toxicologie	3	0,74±0,426
Cardiologie	2	0,49±0,347
Nefrologie	1	0,25±0,248
de profil chirurgical	125	17,7±1,44
Reanimare	30	4,2±0,75
Internare	146	20,7±1,52

Pacienții s-au aflat în spitalele de profil larg de la 0,5 până la 134 zile (în medie 7,3±0,34 zile/pat.

Vârsta medie a pacienților varia de la 16 până la 89 ani și a fost egală în medie cu 47,4±0,62

ani. Repartizarea bolnavilor după vârstă este prezentată în fig. 3.2., care demonstrează, ponderea cea mai mare a pacienților în vârstă de 31-50 ani, urmată de ponderea celor în vârstă de 21-30 și 51-70 ani și cea mai mică – a subiecților în vârstă mai mică sau egală cu 20 ani sau mai mare de 70 ani.

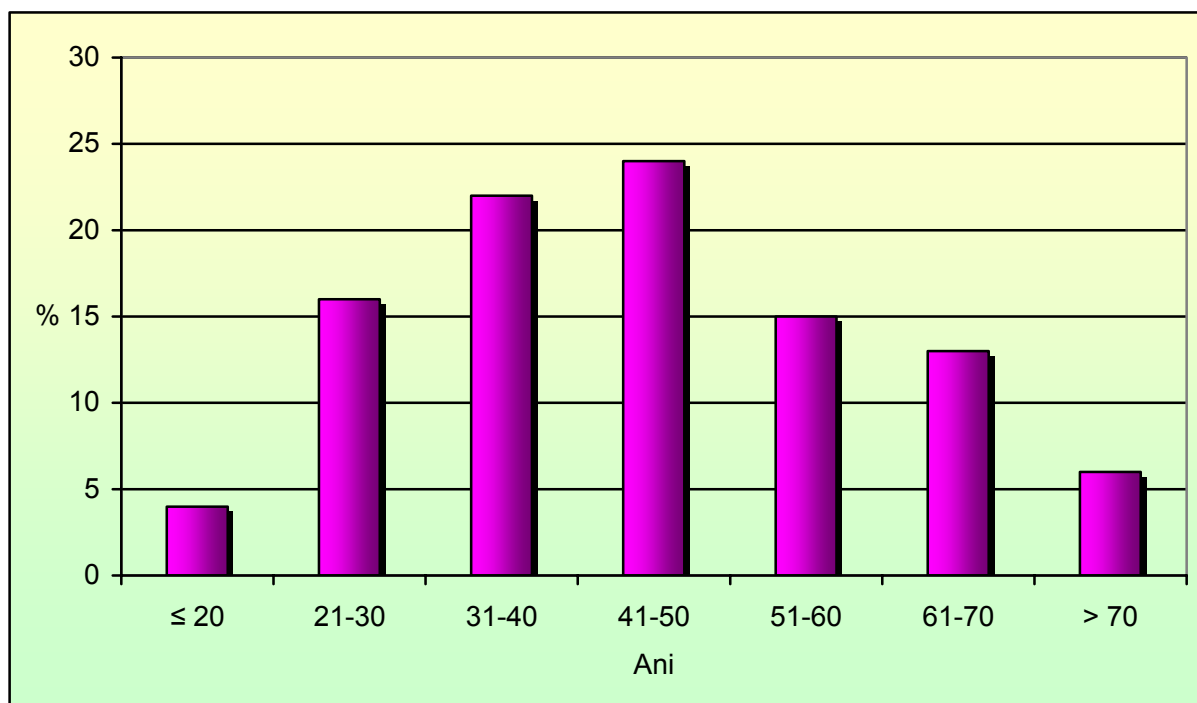


Figura 3.2. **Repartizarea bolnavilor după vârstă**

Bărbații au fost mai mulți decât femeii – 488 (69,1±1,75%) și 218 (30,9±1,74%), respectiv ($p < 0,001$). Vârsta medie a bărbaților și femeilor a fost aproximativ egală, respectiv cu 47,5±0,71 și 47,1±1,25 ani ($p > 0,5$).

Indicii ce caracterizează activitatea profesională au demonstrat, că au predominat pacienții în vârstă aptă de muncă – 557 (78,9±1,67%). Pensionari au fost 149 sau 21,1±1,54% ($p < 0,001$). Cu toate acestea, doar 164 persoane (23,23±1,989%) au fost angajate în câmpul de muncă și încă 21 (2,97±0,639%) au fost studenți. Majoritatea bolnavilor, 530 din 706 sau 75,07±1,628% ($p < 0,001$) nu au fost angajați în câmpul de muncă. Restul 79 (11,19±1,186%) pacienții au fost invalizi (non TB): de gradul 1 – 16 (20±4,5%), de gradul 2 – 57 (72±5,0%) și de gradul 3 – 6 (8±3,0%) persoane.

Majoritatea (60,0±4,58%) pacienților angajați în câmpul de muncă, efectuau un lucru fizic greu, în condiții nocive (59,1±4,71%). La 40,0±6,7% activitatea profesională a fost fizic ușoară. În 40,9±4,69% cazuri activitatea profesională era efectuată în condiții fără factori nocivi. Doar 16,9±3,50% din subiecții angajați în câmpul de muncă erau preocupați de o activitate intelectuală.

Erau căsătoriți 57,4±1,90% pacienți. Necăsătoriți sau divorțați au fost veridic ($p < 0,001$) mai

puțini: $22,4 \pm 1,61\%$ și $20,2 \pm 1,55\%$, respectiv.

Doar $2,43 \pm 0,710\%$ din bolnavi au menționat, că relațiile în familie sunt bune. În $64,23 \pm 24,01\%$ din cazuri relațiile în familie au fost satisfăcătoare și în $33,33 \pm 2,311\%$ - nesatisfăcătoare. Nu a fost înregistrat nici un caz de relații foarte bune în familie.

Aproape a 3-a parte ($30,0 \pm 2,22\%$) din pacienți erau domiciliați în case proprii, $55,1 \pm 2,35\%$ aveau apartament la bloc, $6,5 \pm 1,11\%$ din bolnavi locuiau la cămin sau închiriau o cameră, $7,3 \pm 1,21\%$ - erau fără adăpost și $1,1 \pm 0,51\%$ din pacienți până la spitalizare au fost deținuți în instituții penitenciare.

Majoritatea covârșitoare din pacienți ($91,1 \pm 1,51\%$) au menționat, că se alimentau neregulat cu produse alimentare de calitate nesatisfăcătoare (în $56,8 \pm 2,41\%$ din cazuri). Doar $9,9 \pm 1,49\%$ din pacienți se alimentau regulat.

Cel mai des, la internarea în spitalele de profil larg pacienții acuzau astenie, în 628 din 706 cazuri ($88,9 \pm 1,18\%$), urmată de tuse 620 cazuri ($87,8 \pm 1,23\%$). În 308 ($49,7 \pm 2,56\%$) cazuri tusea a fost seacă, în 312 ($50,3 \pm 2,49\%$) – cu expectorație: mucoasă – în 33 ($10,6 \pm 2,12\%$) cazuri, mucopurulentă – în 244 ($78,2 \pm 2,57\%$) cazuri, purulentă – în 35 ($11,2 \pm 1,59\%$) cazuri, hemoptoică – în 40 ($12,8 \pm 2,29\%$) cazuri. Hemoptizie francă aveau 6 ($1,9 \pm 0,51\%$) bolnavi. La 599 ($84,8 \pm 1,35\%$) pacienți apetitul a fost scăzut. Dispnee manifestau 511 ($72,38 \pm 1,683\%$) subiecți: dispnee de gradul 1 – în 69 ($13,5 \pm 1,51\%$) cazuri, dispnee de gradul 2 – în 274 ($53,6 \pm 2,21\%$) cazuri și dispnee de gradul 3 – în 168 ($32,9 \pm 2,08\%$) cazuri. Mai mult de o jumătate din pacienți acuzau transpirații nocturne (453 din 706 cazuri sau $64,2 \pm 1,80\%$) și durere pleuretică (419 cazuri sau $59,35 \pm 1,849\%$).

Vechimea bolii depășea în medie 2 luni și a fost egală cu $70,1 \pm 4,91$ zile. În 362 ($51,3 \pm 1,88\%$) cazuri boala a debutat acut, în restul 344 ($48,7 \pm 1,88\%$) – s-a instalat insidios. La 453 ($64,2 \pm 1,80\%$) pacienți maladia a evoluat cu ascensiuni febrile. Doar mai puțin de 20 % din bolnavi au confirmat faptul, că au avut în trecut contacte cu persoane bolnave de TB. În $80,3 \pm 1,50\%$ cazuri acest fapt a fost negat de către pacienți. Deprinderi dăunătoare au avut 399 ($56,5 \pm 1,87\%$) pacienți: fumători au fost $48,7 \pm 1,88\%$, făceau abuz de alcool $34,0 \pm 1,78\%$, de narcotice – $1,1 \pm 0,39\%$.

La internarea în spitalele somatice, majoritatea bolnavilor au fost în stare generală de gravitate medie (în 362 cazuri sau $51,27 \pm 1,881\%$), mai puțini au fost în stare gravă (174 pacienți sau $24,56 \pm 1,622\%$), urmați de cei în stare satisfăcătoare (126 subiecți sau $17,85 \pm 1,441\%$). Au fost și 44 ($6,23 \pm 0,910\%$) bolnavi în stare extrem de gravă.

Cei mai mulți bolnavi (631 sau $89,4 \pm 1,16\%$) au avut conștiința clară, dar la 66 ($9,3 \pm 1,09\%$) pacienți ea a fost tulburată, iar 9 ($1,3 \pm 0,43\%$) subiecți au fost fără conștiință. Faciesul pacienților a fost normal în 383 ($54 \pm 1,9\%$) cazuri, paloare s-a observat în 323 ($46 \pm 1,8\%$) cazuri, 212 ($30,0 \pm 1,5\%$) bolnavi au fost cianotici și 8 ($1,1 \pm 0,39\%$) cu hipocratism digital.

Valoarea medie a indicelui de masă corporală a fost de $20,8 \pm 0,16 \text{ kg/m}^2$. De remarcat ponderea înaltă a pacienților subnutriți, cu indicelui de masă corporală $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ – 155 persoane, ceea ce a constituit $29,4 \pm 1,98\%$. Obezi au fost $13,3 \pm 1,48\%$: cu obezitate de gradul 1 – $12,0 \pm 1,41\%$, cu obezitate de gradul 2 – $1,3 \pm 0,50\%$, cu obezitate de gradul 3 – 0% .

Valorile medii ale tensiunii arteriale sistemice au fost în limitele normei: tensiunea arterială sistolică = $115,3 \pm 0,86 \text{ mm Hg}$, tensiunea arterială diastolică = $71,5 \pm 0,55 \text{ mm Hg}$.

Tensiunea arterială sistemică a fost normală (tensiunea arterială $< 130/85 \text{ mm Hg}$) în $67,3 \pm 1,58\%$, la limita superioară a normei (tensiunea arterială $< 140/90 \text{ mm Hg}$) – în $8,0 \pm 1,03\%$, hipertensiune arterială de gradul 1 (tensiunea arterială = $140-159/90-99 \text{ mm Hg}$) – în $9,9 \pm 1,14\%$, hipertensiune arterială de gradul 2 (tensiunea arterială = $160-179/100-109 \text{ mm Hg}$) – în $4,5 \pm 0,79\%$, hipertensiune arterială de gradul 3 (tensiunea arterială $\geq 180/110 \text{ mm Hg}$) – în $2,2 \pm 0,56\%$, hipertensiune arterială sistolică (tensiunea arterială sistolică $> 140 \text{ mm Hg}$; tensiunea arterială diastolică $< 90 \text{ mm Hg}$) – în $1,9 \pm 0,52\%$, hipotensiune arterială (tensiunea arterială sistolică $< 90 \text{ mm Hg}$) – în $6,2 \pm 0,92\%$.

Hemograma la etapele de prespital a fost examinată doar în 9 ($1,27\%$) cazuri, iar în spitalele de profil larg – în 620 ($87,8\%$) cazuri. Indicii medii ai hemogramei au fost următorii: eritrocitele – $4,4 \pm 0,31 \times 10^{12}/l$, hemoglobina – $120 \pm 0,98 \text{ g/l}$, indicele cromatic – $1,0 \pm 0,28$, leucocitele – $10,3 \pm 1,04 \times 10^9/l$, nesegmentate – $11,6 \pm 0,46\%$, segmentate – $61,1 \pm 0,56\%$, eozinofili – $2,1 \pm 0,16\%$, limfocite – $19,6 \pm 0,45\%$, monocite – $6,8 \pm 0,21\%$, viteza de sedimentare a hematiilor – $31,4 \pm 0,83 \text{ mm/oră}$.

Sputa la BAAR la etapele de prespital a fost examinată doar în 3 ($0,42\%$) cazuri, iar în spitalele de profil larg – doar la $32,7 \pm 1,77\%$ din pacienți. Rezultatele au fost pozitive în $14,3 \pm 2,30\%$ din cazurile cercetate și negative – în $85,7 \pm 2,30\%$.

Testul Mantoux nu a fost efectuat în nici un caz, nici la etapa de prespital și nici la cea de spital.

Radiografia cutiei toracice sau radio-fotografia medicală a fost efectuată până la spitalizarea pacienților doar în 57 ($8,07\%$) cazuri, iar în spitalele de profil larg – la 674 ($95,5\%$) din pacienți.

Procesul patologic a fost localizat în plămânul drept în $29,4\%$ din cazuri (în lobul superior – în $21,8\%$, în lobul mediu – în 0% și în cel inferior – în $7,6\%$), în plămânul stâng – în $25,2\%$ (în lobul superior – în $23,5\%$, în lobul inferior – în $1,7\%$) și bilateral – în $45,4\%$.

Spirografia nu a fost efectuată în nici un caz la etapa de prespital și a fost efectuată la etapa de spital doar la 10 ($1,42\%$) pacienți.

Diagnosticile cu care bolnavii au fost trimiși la spitalele de profil larg sunt prezentate în tab. 3.2. Din datele expuse în acest tabel se vede că prevalau bolile sistemului respirator. Aproximativ

1/5 din pacienții din ambele loturi s-au adresat la spitalele de profil larg fără îndreptare de la medicii din instituțiile de acordare a asistenței medicale primare și, deci, fără diagnostic. Dintre bolile sistemului respirator au prevalat pneumoniile, urmate de BPOC, cu puțin mai mult de 5% din cazuri, urmate de alte boli: revărsat pleural, pneumotorax, TB pulmonară, astm bronșic, hemoptizie, abces pulmonar, bronșiectazii.

Tabelul 3.2. **Diagnosticile de trimitere a bolnavilor în spitalele de profil larg**

Diagnosticul	Nr. de bolnavi	%
Boli pulmonare	400	56,66±1,865
Pneumonie	298	42,21±1,859
BPOC	37	5,24±0,839
Revărsat pleural	24	3,40±0,682
Pneumotorax	10	1,42±0,445
TB pulmonară	9	1,27±0,421
Astm bronșic	8	1,13±0,408
Hemoptizie	6	0,85±0,346
Abces pulmonar	4	0,57±0,283
Bronșiectazii	4	0,57±0,283
Boli extrapulmonare	145	20,54±1,520
Fără îndreptare și fără diagnostic	161	22,80±1,579

De remarcat, că la 1,27±0,421% din bolnavi, deși diagnosticul de trimitere a fost TB pulmonară, ei au fost trimiși pentru spitalizare în spitalele larg profil și nu în cele specializate în ftiziologie.

După suspectarea tuberculozei la bolnavii din spitalele de profil larg și consultarea ftiziologului toți pacienții, cu excepția celor decedați, au fost trimiși la Spitalul Clinic de Ftiziopneumologie pentru confirmarea diagnosticului și tratament.

Din 706 bolnavi trimiși la IMSP ftiziologice pentru confirmarea diagnosticului, ultimul s-a adevărit numai la 422 (59,8%) pacienți. Deci hiperdiagnostica a constituit 40,2%.

În perioada anilor 2001-2005 în secțiile de profil terapeutic ale spitalelor clinice municipale ale or. Chișinău (SCM nr. 1, SCM „Sfântul Arhanghel Mihail”, SCM „Sfânta Treime” și SCM nr. 4) s-au aflat la tratament în total 106150 pacienți. Deci, ponderea bolnavilor cu TB pulmonară confirmată (422 subiecți), referită la aceste secții, constituie 0,40%. Ponderea pacienților la care în secțiile de terapie generală a fost suspectată TB pulmonară a fost apreciată doar referitor la SCM „Sfânta Treime”, deoarece indicii altor spitale nu au fost disponibili. În perioada de studiu (anii 2001-2005) în secțiile de terapie generală ale SCM „Sfânta Treime” s-au aflat în total 9140 bolnavi. TB pulmonară a fost suspectată la 138 pacienți (1,51%) și ulterior confirmată la 65 subiecți (0,71%). Este important de remarcat, că nu toți bolnavii la care a fost suspectată TB pulmonară și

care au fost trimiși la instituțiile medico-sanitare publice de ftiziologie s-au prezentat la ultimele. Așa, din 350 pacienți cu suspjecție la TB pulmonară de la SCM „Sfânta Treime”, la instituțiile medico-sanitare publice de ftiziologie au ajuns numai 239 (68,3%). Restul 111 (31,7%) bolnavi nu au ajuns la instituțiile medico-sanitare publice de ftiziologie, soarta lor rămânând necunoscută.

Pentru a aprecia, prin ce diferă manifestările clinice, paraclinice și de evoluție ale maladei la bolnavii cu TB confirmată, de cele la pacienții fără TB, cei 706 subiecți examinați au fost divizați în 2 loturi. În continuare va fi prezentată caracteristica comparativă a lotului compus din 422 bolnavi (lotul 1) cu diagnosticul de TB confirmat și a lotului ce a inclus 284 pacienți (lotul 2), la care TB nu a fost confirmată.

Vârsta medie a pacienților din lotul 1 și 2 a fost, respectiv, de $45,1 \pm 0,76$ și $50,0 \pm 1,06$ ani ($p < 0,001$). Repartizarea bolnavilor după vârstă este prezentată în fig. 3.2., care demonstrează, că ponderea subiecților din lotul 1, în comparație cu cea a pacienților din lotul 2, a fost mai mare la vârsta 21-50 ani și mai mică la vârsta ce depășea 50 ani.

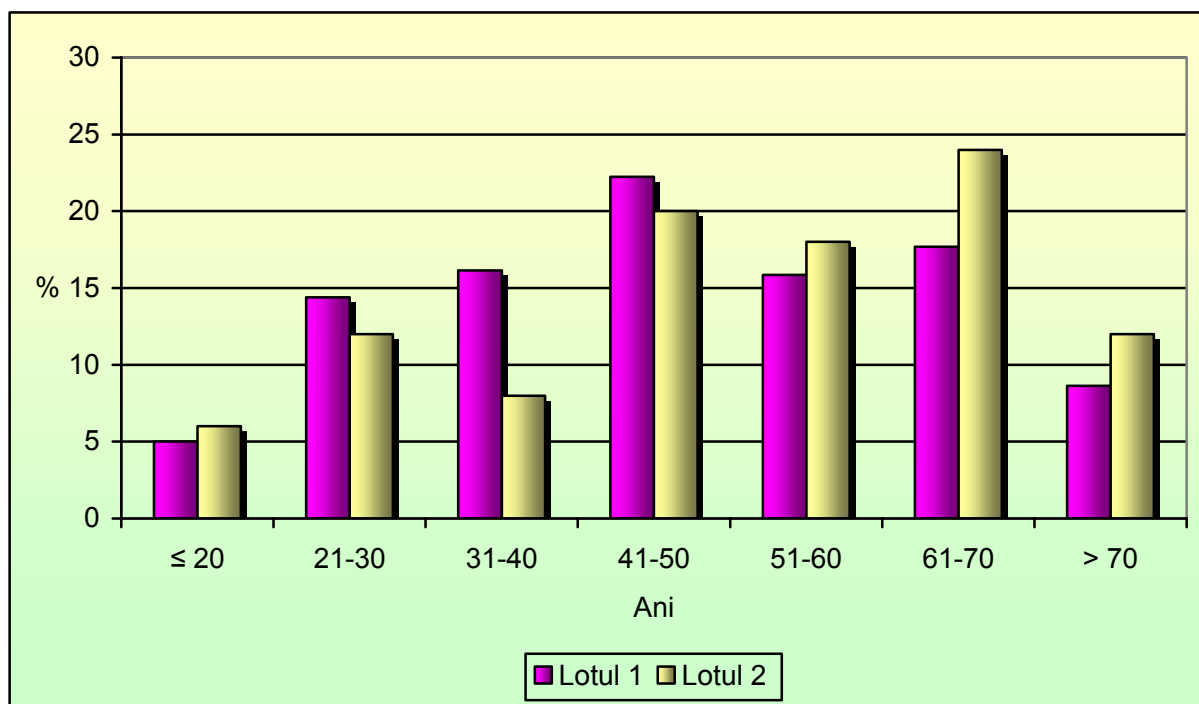


Figura 3.3. Repartizarea bolnavilor după vârstă

Bărbații au suferit de TB pulmonară mai des decât femeile. În lotul 1 și 2 bărbați au fost, respectiv, $68,5 \pm 2,26\%$ și $71,2 \pm 2,69\%$ ($p > 0,5$), iar femei – $31,5 \pm 2,26\%$ și $29,9 \pm 2,72\%$ ($p > 0,5$).

Indicii ce caracterizează activitatea profesională (tab. 3.3.) au demonstrat, că ambele loturi au fost compuse predominant din subiecți în vârstă aptă de muncă, ponderea lor fiind puțin mai

mare în lotul 1. Respectiv, numărul de pacienți de vârstă pensionară în lotul 1 a fost mai mic. Numai 22,3±2,02% din pacienții din lotul 1 și 24,6±2,56% din bolnavii din lotul 2 au fost angajați în câmpul de muncă și mai puțin de 4 % din numărul total de pacienți au fost studenți. Majoritatea persoanelor din ambele loturi nu au fost angajați în câmpul de muncă. O parte considerabilă din pacienții lotului 1 au fost invalizi de diferite grade și nici un bolnav din lotul 2 nu a avut invaliditate.

Tabelul 3.3. Activitatea profesională a pacienților din lotul 1 și 2.

Indicii	Lotul 1 (n=422)	Lotul 2 (n=284)	p
Pacienți în vârstă aptă de muncă, nr. de bolnavi	356	201	
%	84,4±1,766	70,8±2,70	< 0,001
Pensionari, nr. de bolnavi	66	83	
%	15,64±1,768	29,2±2,70	< 0,001
Angajați, nr. de bolnavi	94	70	
%	22,3±2,02	24,6±2,56	> 0,5
Studenți, nr. de bolnavi	11	10	
%	2,61±0,776	3,52±1,094	> 0,5
Neangajați, nr. de bolnavi	317	213	
%	75,12±2,104	75,0±2,569	> 0,5
Invalizi, nr.	79	0	
%	18,72±1,899	0	< 0,001
invalizi de gr. 1, nr.	16	0	
% din nr. de invalizi	20±4,5	0	< 0,001
invalizi de gr. 2, nr.	57	0	
% din nr. de invalizi	72±5,0	0	< 0,001
invalizi de gr. 3, nr.	6	0	
% din nr. de invalizi	8±3,0	0	< 0,01

Majoritatea pacienților din ambele loturi, angajați în câmpul de muncă, efectuau un lucru fizic greu (tab. 3.4.), în condiții nocive. De activitate intelectuală erau preocupați numai 16,9±3,60% din bolnavii din lotul 1 și 16,2±3,50% din bolnavii din lotul 1.

Tabelul 3.4. Condițiile la locul de muncă a pacienților din lotul 1 și 2.

Activitatea	Lotul 1 (n=422)	Lotul 2 (n=284)	p
fizică grea, %	60,9±4,76	59,0±4,58	> 0,5
fizică ușoară, %	39,0±4,76	41,0±6,7	> 0,5
cu nocivitate, %	60,0±4,78	59,1±4,71	> 0,5
fără nocivitate, %	40,0±4,78	40,9±4,69	> 0,5
intelectuală, %	16,2±3,60	16,9±3,50	> 0,5

Este alarmant faptul, că 21 din 94 (22 % din persoanele angajate în câmpul de muncă)

bolnavi cu TB aveau în activitatea lor profesională contacte vaste cu persoane sănătoase și prin aceasta măreau riscul de răspândire a infecției cu *M. tuberculosis*. Lectori-profesori au fost 3 persoane; manageri, infirmieră, liftiere, vânzătoare, chelneri – câte 2 persoane; asistentă medicală, agent la compania de asigurări, educatoare, servitoare, secretară, farmacist, încasator, vestiară – câte 1 persoană.

Datele prezentate în tab. 3.5. demonstrează, că starea familiară, relațiile în familie și condițiile de trai la domiciliu a pacienților din lotul 2 au fost ceva mai bune decât a bolnavilor din lotul 1. Atrage atenția procentul înalt în ambele loturi al persoanelor necăsătorite, divorțate, cu relații nesatisfăcătoare în familie, cu condiții deplorabile de trai. De remarcat că 1,2±0,54% din pacienții lotului 1 s-au aflat în trecut în instituții penitenciare.

Tabelul 3.5. Starea familiară, relațiile în familie și condițiile de trai a pacienților

Indicii	Lotul 1 (n=422)	Lotul 2 (n=284)	p
Starea familiară			
căsătorit, nr. de bolnavi	221	177	
%	52,4±2,43	62,3±2,88	< 0,01
necăsător, nr. de bolnavi	104	58	
%	24,6±2,10	20,4±2,39	> 0,5
divorțat, nr. de bolnavi	97	49	
%	23,0±2,05	17,3±2,24	> 0,5
Relațiile în familie			
foarte bune, nr. de bolnavi	0	0	
%	0	0	> 0,5
bune, nr. de bolnavi	7	20	
%	1,66±0,622	7,0±1,51	< 0,002
satisf, nr. de bolnavi	267	166	
%	63,27±2,347	58,5±2,92	> 0,5
nesatisf, nr. de bolnavi	148	98	
%	35,07±2,323	34,5±2,82	> 0,5
Condițiile de trai la domiciliu			
casă proprie, %	31,4±2,29	28,3±2,83	> 0,5
apartament, %	54,2±2,46	66,1±2,97	< 0,01
cămin/chirie, %	6,6±1,22	2,8±1,03	< 0,01
inchisoare, %	1,2±0,54	0	< 0,05
fără adăpost, %	6,67±1,22	2,8±1,03	< 0,02

Majoritatea covârșitoare din pacienții ambelor loturi au menționat că se alimentau neregulat (tab. 3.6.), produsele alimentare fiind des de calitate nesatisfăcătoare.

Tabelul 3.6. Alimentația pacienților din lotul 1 și 2

Indicii	Lotul 1 (n=422)	Lotul 2 (n=284)	p
regulată, %	10,5±1,52	10,0±1,78	> 0,5
neregulată, %	89,5±1,52	90,0±1,78	> 0,5
calitate bună, %	0	0	> 0,5
calitate satisfăcătoare, %	44,4±2,46	43,0±2,94	> 0,5
calitate nesatisfăcătoare, %	55,6±2,46	57,0±2,94	> 0,5

Majoritatea acuzelor (tab. 3.6.) la internarea pacienților în spitalele de profil larg au fost aproape identice în ambele loturi, deși diferențele dintre valorile medii ale indicilor în unele cazuri erau veridice. Cel mai des pacienții acuzau astenie, urmată de tuse, mai frecvent cu expectorație muco-purulentă, mucoasă sau purulentă, apetit scăzut, dispnee, transpirații nocturne, durere pleuretică și, relativ rar, hemoptizie.

Tabelul 3.7. Acuza la spitalizarea pacienților din lotul 1 și 2

Indicii	Lotul 1 (n=422)	Lotul 2 (n=284)	p
Tuse, nr. de bolnavi	386	234	
%	91,5±1,36	82,4±2,26	< 0,001
seacă, nr. de bolnavi	180	128	
%	46,6±2,54	54,7±3,25	< 0,05
expectorație, nr. de bolnavi	206	106	
%	53,4±2,54	45,3±3,25	< 0,05
mucoasă, nr. de bolnavi	21	11	
%	10,2±2,11	10,4±2,96	> 0,5
muco-purulentă, nr. de bolnavi	174	70	
%	84,5±2,52	66,0±4,60	< 0,001
purulentă, nr. de bolnavi	11	24	
%	5,3±1,56	22,6±4,06	< 0,001
hemoptoică, nr. de bolnavi	24	16	
%	11,6±2,23	15,1±3,48	> 0,5
Hemoptizie francă, nr. de bolnavi	4	2	
%	0,95±0,472	1,41±0,70	> 0,5
Durere pleuretică, nr. de bolnavi	258	161	
%	61,14±2,373	56,7±2,94	> 0,5
Apetit scăzut, nr. de bolnavi	369	230	
%	87,4±1,61	81,0±2,33	< 0,05
Astenie, nr. de bolnavi	386	242	
%	91,5±1,36	85,2±2,11	< 0,05

Tabelul 3.7. **Acuzele la spitalizarea pacienților din lotul 1 și 2 (continuare)**

Transpirații nocturne, nr. de bolnavi	298	155	
%	70,6±2,22	54,6±2,95	< 0,001
Dispnee total, nr. de bolnavi	322	189	
%	76,30±2,070	66,5±2,80	< 0,01
Dispnee gr 1, nr. de bolnavi	44	25	
%	13,66±1,914	13,2±2,46	> 0,5
Dispnee gr 2, nr. de bolnavi	165	109	
%	51,24±2,786	57,7±3,59	> 0,1
Dispnee gr 3, nr. de bolnavi	113	55	
%	35,09±2,660	29,1±3,30	> 0,5

Vechimea bolii a fost veridic mai mare în lotul 1, având un debut acut mai des în lotul 2. Nu au fost observate diferențe veridice dintre grupe în ceea ce privește evoluția boli cu ascensiuni febrile și contactele cu bolnavi de TB. În lotul 1 au fost mai mulți fumători și persoane ce făceau abuz de alcool, decât în lotul 2.

Tabelul 3.8. **Unele date din istoricul bolii pacienților din lotul 1 și 2**

Indicii	Lotul 1 (n=422)	Lotul 2 (n=284)	p
Unele date din istoricul bolii			
Vechimea bolii (zile)	67,2±4,80	46,2±6,04	< 0,01
Debut acut, nr. de bolnavi	195	167	
%	46,2±2,43	58,8±2,92	< 0,001
Debut insidios, nr. de bolnavi	227	117	
%	53,8±2,43	41,2±2,92	< 0,001
Evoluție cu ascensiuni febrile, nr. de bolnavi	265	188	
%	62,8±2,35	66,2±2,81	> 0,5
Au avut contact cu bolnavi de TB, %	21,8±2,01	22,1±2,46	> 0,5
Contact cu bolnavi de TB neagă, %	78,2±2,01	77,9±2,46	> 0,5
Deprinderi dăunătoare, nr. de bolnavi	250	149	
%	59,2±2,39	52,5±2,96	> 0,5
tabagism, %	54,7±2,42	42,2±2,93	< 0,002
abuz de alcool, %	39,6±2,38	26,2±2,61	< 0,001
narcotice, %	1,2±0,53	1,5±0,72	> 0,5

La internarea în spitalele somatice, majoritatea bolnavilor din ambele loturi au avut starea generală de gravitate medie (tab. 3.9.), cu mult mai puțini au fost în stare gravă, urmați de cei în stare satisfăcătoare și apoi în stare extrem de gravă. Majoritatea bolnavilor au avut conștiința clară, dar la o parte din ei ea a fost tulburată, unii fiind fără conștiință (mai mulți în lotul 2). Faciesul pacienților a fost normal mai des la pacienții din lotul 2. În lotul 1 în 54±1,9% se constata paloare, iar în 32,9±2,29% – cianoză.

De remarcat ponderea înaltă a pacienților subnutriți în ambele loturi, dar de 3 ori mai mare în lotul 1, indicele de masă corporală fiind practic identic în ambele loturi. Obezi în lotul 1 și 2 au fost, respectiv, 13,3±1,48% și 9,3±1,54% (p>0,05), cu obezitate de gradul 1 – 12,0±1,41% și 8,4±1,48% (p>0,05), cu obezitate de gradul 2 – 1,3±0,50% și 0,8±0,48% (p>0,5), cu obezitate de gradul 3 – 0% și 0% (p>0,5).

Tabelul 3.9. Unele date mai importante ale examenului obiectiv

	Lotul 1 (n=422)	Lotul 2 (n=284)	p
Starea generală la internare:			
satisfăcătoare, nr. de bolnavi	72	54	
%	17,06±1,831	19,0±2,33	> 0,5
gravitate medie, nr. de bolnavi	202	160	
%	47,87±2,432	56,3±2,94	< 0,05
gravă, nr. de bolnavi	117	57	
%	27,72±2,179	20,1±2,38	< 0,05
extrem de gravă, nr. de bolnavi	31	13	
%	7,35±1,270	4,58±1,24	> 0,5
Conștiința:			
clară, nr. de bolnavi	377	254	
%	89,34±1,502	89,4±1,83	> 0,5
tulburată, nr. de bolnavi	44	22	
%	10,42±1,488	7,75±1,59	> 0,5
fără conștiință, nr. de bolnavi	1	8	
, %	0,24±0,238	2,82±0,98	< 0,02
Faciesul			
normal, nr. de bolnavi	191	192	
%	45,3±2,42	67,6±2,78	< 0,001
paloare, nr. de bolnavi	231	92	
%	54,7±2,32	32,4±2,78	< 0,001
Cianoză, nr. de bolnavi	139	73	
%	32,9±2,29	25,7±2,59	< 0,01
Hipocratism digital, nr. de bolnavi	6	2	
%	1,4±0,57	0,7±0,50	> 0,5
IMC, kg/m ²	20,3±0,19	21,9±0,29	< 0,001
Subnutriți (IMC < 18,5), nr. de bolnavi	124	31	
%	34,93±2,530	10,9±1,85	< 0,001
Respir/min	21,1±0,20	21,0±0,27	> 0,5
Pulsul/min	90,1±0,75	87,7±1,03	> 0,5
TAs, mm Hg	111,2±0,94	121,6±1,60	< 0,001
TAd, mm Hg	68,8±0,61	75,6±1,03	< 0,001

Deși s-a observat o diferență veridică dintre loturi a tensiunii arteriale sistemice, valorile medii ale acestor indici au fost în limitele normei. În loturile 1 și 2 tensiunea arterială sistemică a

fost normală (tensiunea arterială < 130/85 mm Hg), respectiv, în 67,3±1,58% și 73,7±2,16% (p<0,02), la limita superioară a normei (tensiunea arterială < 140/90 mm Hg) – în 8,0±1,03% și 7,5±1,29% (p>0,5), hipertensiune arterială de gradul 1 (tensiunea arterială = 140-159/90-99 mm Hg) – în 9,9±1,14% și 7,7±1,31% (p>0,5), hipertensiune arterială de gradul 2 (tensiunea arterială = 160-179/100-109 mm Hg) – în 4,5±0,79% și 1,7±0,63% (p<0,01), hipertensiune arterială de gradul 3 (tensiunea arterială ≥ 180/110 mm Hg) – în 2,2±0,56% și 0,96±0,48% (p>0,5), hipertensiune arterială sistolică (tensiunea arterială sistolică > 140 mm Hg; tensiunea arterială diastolică < 90 mm Hg) – în 1,9±0,52% și 1,4±0,59% (p>0,5), hipotensiune arterială (tensiunea arterială sistolică < 90 mm Hg) – în 6,2±0,92% și 0% (p<0,001).

Indicii medii ai hemogramei în lotul 1 și 2 au fost, corespunzător, următorii: eritrocitele – 3,8±0,03 și 3,1±0,17 x 10¹²/l (p<0,001), hemoglobina – 117,8±1,23 și 124,1±1,58 g/l (p<0,001), indicele cromatic – 0,9±0,01 și 1,0±0,04 (p<0,02), leucocitele – 10,3±1,04 și 8,9±0,35 (p>0,5), nesegmentate – 11,5±0,59 și 11,9±0,73% (p>0,5), segmentate – 61,4±0,74 și 60,6±0,85% (p>0,5), eozinofili – 2,2±0,20 și 1,9±0,18% (p>0,5), limfocite – 19,5±0,55 și 20,0±0,78% (p>0,5), monocite – 6,8±0,29 și 6,7±0,32% (p>0,5), viteza de sedimentare a hematiilor – 32,3±1,05 și 30,7±1,39 mm/oră (p>0,5).

Sputa la BAAR a fost examinată doar la 32,7±1,77% din pacienții din lotul 1 și la 37,8±2,36% din bolnavii din lotul 2 (p>0,5). Rezultatele au fost, respectiv, pozitive în 14,3±2,30% și 20,5±3,28% din cazurile cercetate (p>0,1), și negative – în 85,7±2,30% și 79,5±3,28% (p>0,1). Important că sputa la BAAR a fost examinată la etapa de prespital numai în 0,42% din cazuri.

Diagnosticile cu care bolnavii au fost trimiși la spitalele de profil larg sunt prezentate în tab. 3.10. Din datele expuse în acest tabel se vede că prevalau bolile sistemului respirator, mai des întâlnite în lotul 1. Bolile extrapulmonare au fost în lotul 1 veridic mai puține decât în lotul 2. Aproximativ 1/5 din pacienții din lotul 1 și 1/4 din pacienții din lotul 2 s-au adresat la spitalele de profil larg fără îndreptare de la medicii din instituțiile de acordare a asistenței medicale primare și, deci, fără diagnostic. Dintre bolile sistemului respirator au prevalat pneumoniile, în jumătate din cazurile din lotul 1 și 30,04±2,720% din cele din lotul 2, urmate de BPOC și alte maladii, precum sunt: revărsatul pleural, pneumotoraxul, TB pulmonară, astmul bronșic, hemoptizia, abcesul pulmonar, bronșiectaziile. De remarcat, că la 5 (1,18±0,526%) bolnavi din lotul 1, deși diagnosticul de trimitere a fost TB pulmonară, ei au fost trimiși pentru spitalizare în spitalele larg profil și nu în cele specializate în ftiziologie.

Tabelul 3.10. **Diagnosticile de trimitere a bolnavilor în spitalele de profil larg**

Diagnosticul	Lotul 1 (n=422)	Lotul 2 (n=284)	p
Boli pulmonare, nr. de bolnavi	278	122	
%	65,88±2,308	43,0±2,94	< 0,001
Pneumonie, nr. de bolnavi	211	91	
%	50,00±2,434	30,04±2,720	< 0,001
BPOC, nr. de bolnavi	23	14	
%	5,45±1,106	4,93±1,285	> 0,5
Revărsat pleural, nr. de bolnavi	17	7	
%	4,03±0,957	2,46±0,919	> 0,5
Pneumotorax, nr. de bolnavi	9	1	
%	2,13±0,703	0,35±0,350	< 0,05
TB pulmonară, nr. de bolnavi	5	0	
%	1,18±0,526	0	< 0,05
Astm bronșic, nr. de bolnavi	3	5	
%	0,71±0,409	1,76±0,780	> 0,5
Hemoptizie, nr. de bolnavi	6	0	
%	1,42±0,576	0	< 0,05
Abces pulmonar, nr. de bolnavi	2	2	
%	0,47±0,333	0,70±0,495	> 0,5
Bronșiectazii, nr. de bolnavi	2	2	
%	0,47±0,333	0,70±0,495	> 0,5
Boli extrapulmonare, nr. de bolnavi	55	90	
%	13,03±1,639	31,7±2,76	< 0,001
Fără îndreptare și fără diagnostic, nr. de bolnavi	89	72	
%	21,09±1,986	25,3±2,58	> 0,5

După cum a fost menționat anterior în acest capitol, în instituțiile medico-sanitare publice specializate în fiziologie diagnosticul de TB a fost confirmat la 422 pacienți. Formele de TB au fost următoarele (tab. 3.11.).

Tabelul 3.11. Formele de TB stabilite în IMSP specializate în ftiziologie

Diagnosticul	Nr. de bolnavi	%
TB pulmonară infiltrativă	261	61,85±2,365
BAAR +	132	50,6±3,095
BAAR -	129	49,4±3,095
fără complicații	82	31,4±2,873
cu complicații	179	68,6±2,873
TB pulmonară fibro-cavitară	50	11,85±1,573
BAAR +	32	64,0±6,788
BAAR -	18	36,0±6,788
fără complicații	21	42,0±6,980
cu complicații	29	58,0±6,980
TB pulmonară diseminată	60	14,22±1,700
BAAR +	31	51,7±6,451
BAAR -	29	48,3±6,451
fără complicații	24	40,0±6,325
cu complicații	36	60,0±6,325
Pleurezie tuberculoasă	51	12,08±1,586
BAAR +	0	0
BAAR -	51	100
fără complicații	32	63,0±6,761
cu complicații	19	37,0±6,761

Mai mult de o jumătate din pacienți au fost cu TB pulmonară infiltrativă. La majoritatea din ei maladia a evoluat cu diverse complicații, precum sunt destrucția pulmonară, pneumonia cazeoasă etc. Numai aproximativ la o jumătate din acești pacienți analiza sputei la BAAR a fost pozitivă, la cealaltă jumătate – negativă. De 4 ori mai rar a fost diagnosticată TB pulmonară diseminată, cu evoluție cu complicații în 60,0% din cazuri și BAAR + în 51,7% din cazuri. Pe locul 3 după frecvență s-a situat pleurezia de etiologie tuberculoasă cu evoluție cu diverse complicații în 1/3 din cazuri și BAAR – în 100% din cazuri. În sfârșit a urmat TB pulmonară fibro-cavitară, cu evoluție cu complicații în 58% din cazuri și BAAR + în 64% din cazuri.

Din 422 bolnavi cu diagnosticul de TB confirmat 187 (44,31±2,418%) au avut diverse comorbidități. Cu 1 comorbiditate au fost 75 (17,77±1,861% din 422 pacienți), cu 2 – 57 (13,51±1,664%), cu 3 – 26 (6,16±1,170%), cu 4 – 18 (4,26±0,983%), cu 5 – 8 (1,90±0,665%) și cu 6 – 3 (0,71±0,409%). Boli pulmonare asociate au fost întâlnite la 34 (18,2%) din 187 pacienți cu comorbidități: BPOC – la 11 (5,9%), cord pulmonar – la 13 (6,9%), astm bronșic – la 2 (1,1%), pneumonie – la 2 (1,1%), pneumotorax – la 4 (2,1%), cancer pulmonar – la 2 (1,1%). Insuficiență cardio-pulmonară au avut 19 (10,2%) bolnavi, cardiopatie ischemică – 13 (6,9%), hipertensiune arterială – 78 (41,7%), diabet zaharat – 25 (13,4%), hepatită cronică (inclusiv toxică) și ciroză hepatică – 27 (14,4%). Au fost diagnosticate și alte boli, precum sunt: boala cerebro-vasculară

acută, SIDA, epilepsia, boala Alzheimer, meningoencefalita, lupusul eritematos sistemic etc.

Datele prezentate în acest capitol demonstrează o pondere înaltă a bolnavilor cu TB pulmonară subnutriți. Pentru a aprecia ce rol joacă factorul alimentar și starea de nutriție a pacienților în instalarea TB și diagnosticul acestei maladii a fost efectuată o analiză statistică a indicilor disponibili, oficiali, ai incidenței TB, mortalității cauzate de această boală și a unor indici ce caracterizează starea de alimentație a populației din diverse țări europene, prezentați de Organizația Mondială a Sănătății (OMS) [83].

Am recurs la studiul dependenței răspândirii TB și mortalității prin această boală de factorii ce caracterizează starea de alimentație a populației din 48 de țări europene cu diverse niveluri de dezvoltare, pentru o perioadă de 5 ani (1997-2001).

Tabelul 3.12. Coeficienții de corelație (r) dintre incidența TB, mortalitatea prin TB și unii indici ce caracterizează starea de alimentație a populației din 48 de țări europene (anii 1997-2001).

Indicii sociali	Incidența	Mortalitatea
Puterea calorică a alimentației, kcal/persoană/zi	- 0,52±0,039 (<i>p</i> <0,001)	- 0,56±0,038 (<i>p</i> <0,001)
Proteine, g/persoană/zi	- 0,47±0,040 (<i>p</i> <0,001)	- 0,46±0,041 (<i>p</i> <0,001)
Grăsimi, g/persoană/zi	- 0,70±0,033 (<i>p</i> <0,001)	- 0,71±0,034 (<i>p</i> <0,001)
Cereale, kg/persoană/an	0,60±0,037 (<i>p</i> <0,002)	0,63±0,040 (<i>p</i> <0,002)
Legume și fructe, kg/persoană/an	- 0,47±0,041 (<i>p</i> <0,001)	- 0,47±0,040 (<i>p</i> <0,001)

Rezultatele obținute, prezentate în tabelul 3.12, demonstrează, că incidența și mortalitatea de TB corelează veridic cu toți indicii ce caracterizează starea de alimentație a populației, dar cel mai strâns cu cantitatea de grăsimi ce le revin unei persoane/zi.

Rezumat

Contingentul de bolnavi de TB pulmonară internați în spitalele de profil larg constă predominant din persoane social vulnerabile: pensionari sau neangajați în câmpul de muncă, invalizi, cu relații nesatisfăcătoare în familie, divorțați sau necăsătoriți, fără adăpost etc. Subalimentația este un factor important ce determină incidența și mortalitatea de TB. Scăderea

puterii calorice a alimentației, preponderent din conținutul proteinelor, grăsimilor, legumelor și fructelor, duc la creșterea răspândirii TB și a mortalității de această boală.

S-a stabilit, că bolnavii se adresează tardiv la doctor (cultură sanitară joasă).

Cel mai des se întâlnește TB pulmonară infiltrativă, urmată de TB pulmonară diseminată, pleurezia tuberculoasă și TB pulmonară fibro-cavitară. La 44,31% din pacienți boala evoluează cu una sau mai multe comorbidități.

În spitalele de profil larg se constată o hiperdiagnostică a TB pulmonare ce constituie 40,2%.

Capitolul 4

PARTICULARITĂȚILE CLINICE, PARACLINICE ȘI DE EVOLUȚIE ALE TUBERCULOZEI PULMONARE LA PACIENȚII INTERNAȚI ÎN SPITALELE DE PROFIL GENERAL

4.1. Particularitățile clinice, paraclinice și de evoluție ale tuberculozei pulmonare și pneumoniei comunitare

După cum a fost demonstrat în capitolul 3, în 1/2 cazuri la etapa de examinare prespital TB a fost confundată cu pneumonia. Pentru a elucida caracteristica comparativă a TB pulmonare și pneumoniei (prin ce se aseamănă și prin ce se deosebesc aceste boli) la etapa contemporană, importantă pentru optimizarea diagnosticului diferențial al acestor maladii, au fost examinați 551 pacienți, divizați în 2 loturi.

Primul lot (de bază) a constat din 422 bolnavi internați în perioada anilor 2001-2005 în diverse IMSP de profil general, nespecializate în ftiziologie: SCM nr. 1, SCM „Sfântul Arhanghel Mihail”, SCM „Sfânta Treime” și SCM nr. 4, unde la ei a fost suspectată TB pulmonară (maladia nu a fost bănuită la etapa de prespital), confirmată ulterior la Spitalul Clinic de Ftiziopneumologie.

Cu TB pulmonară infiltrativă au fost 261 bolnavi, cu forma fibro-cavitară a maladiei – 50 pacienți, cu TB pulmonară diseminată – 60 subiecți, iar în 51 cazuri a fost constatată pleurezie de etiologie tuberculoasă (fig. 4.1.1). Lotul 2 (de comparație) a fost compus din 129 subiecți cu pneumonie comunitară, internați în SCM „Sfânta Treime”, selectați randomizat.

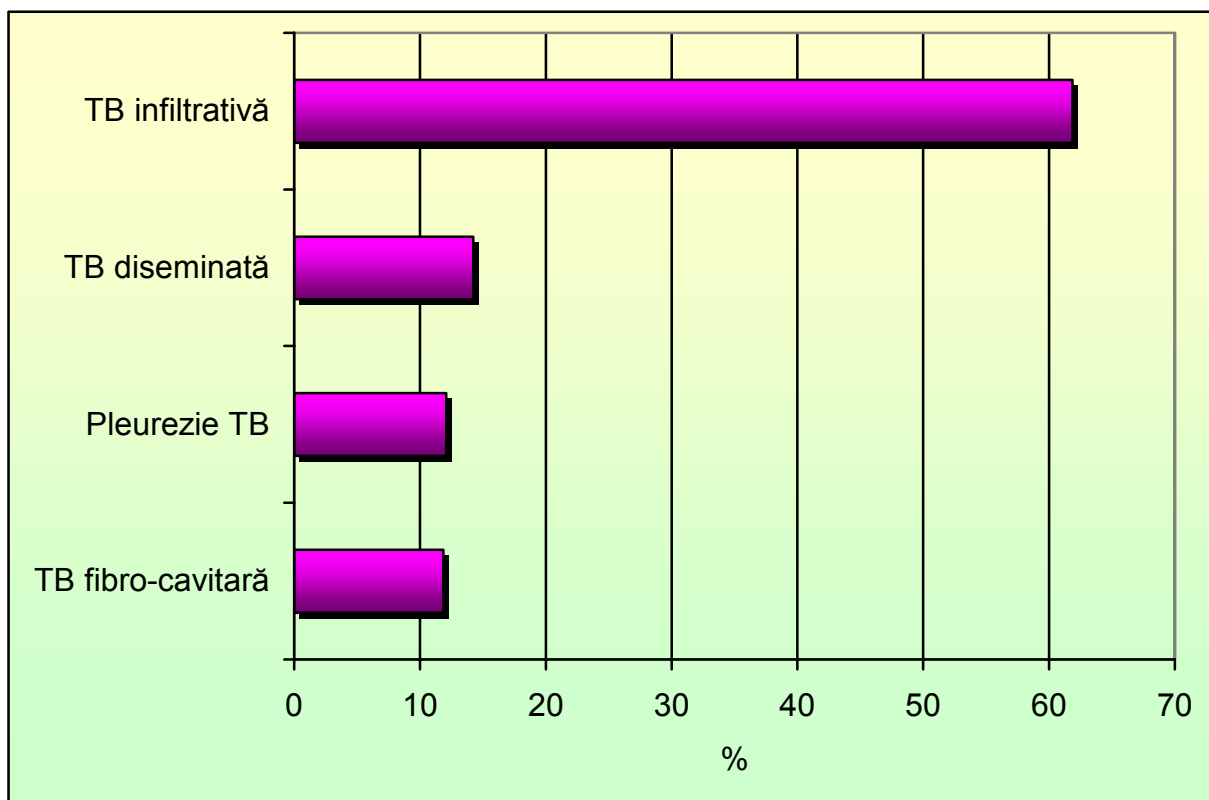


Figura 4.1.1. Formele de TB la pacienții din lotul 1

Vârsta medie a pacienților cu TB pulmonară ($45,1 \pm 0,76$ ani, cu variații de la 17 până la 89 ani) a fost veridic ($p < 0,001$) mai mică (în medie cu 11,2 ani) decât cea a bolnavilor cu pneumonie ($56,3 \pm 1,56$ ani, vârsta minimă-maximă = 18-91 ani). Repartizarea bolnavilor după vârstă este prezentată în fig. 4.1.2., care demonstrează, că ponderea subiecților cu TB pulmonară, în comparație cu cea a pacienților cu pneumonie comunitară, a fost mai mare în vârstă până la 50 de ani și a descrescut după această vârstă.

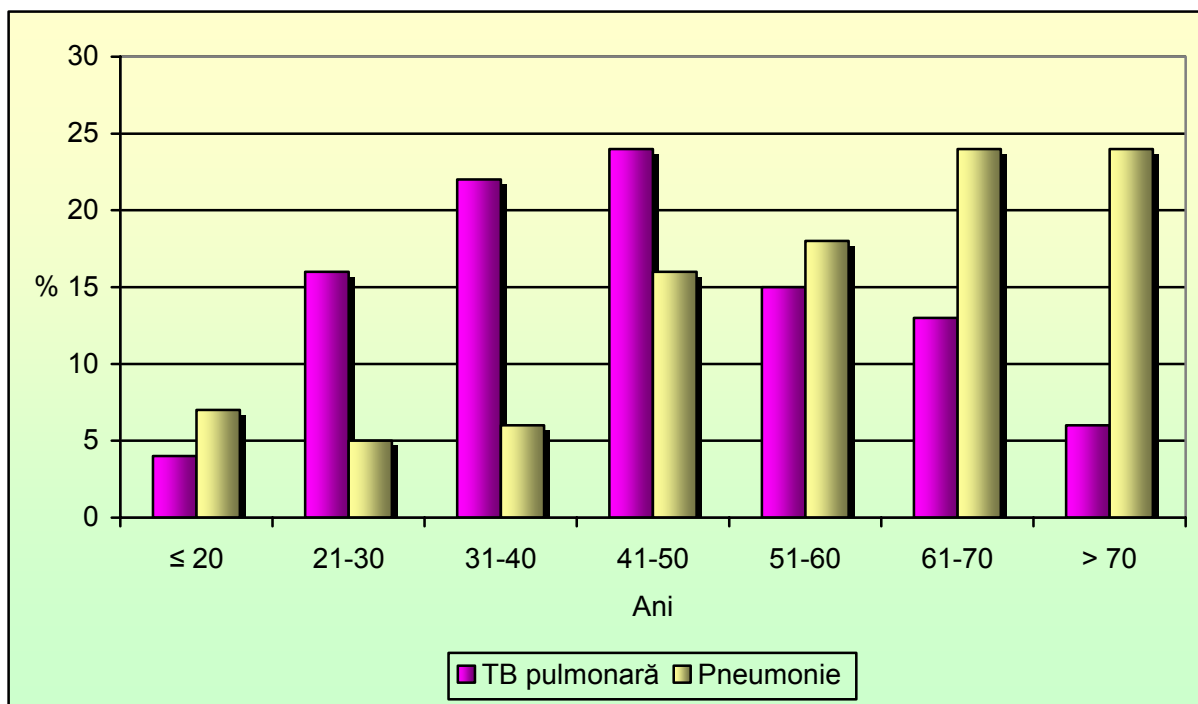


Figura 4.1.2. **Repartizarea bolnavilor după vârstă**

Conform datelor obținute bărbații au suferit de TB pulmonară de 2,2 ori mai des decât femeile. Bărbați cu TB pulmonară au fost 289 ($68,5 \pm 2,26\%$), iar femei – 133 ($31,5 \pm 2,26\%$). În lotul 2 raportul femei/bărbați a fost de 1/1,1 – 62 ($48,1 \pm 4,40\%$) bărbați cu TB pulmonară și 67 ($51,9 \pm 4,40\%$) femei cu pneumonie comunitară.

Indicii ce caracterizează activitatea profesională în lotul 1 și 2 (tab. 4.1.1.) au demonstrat, că în lotul 1, în comparație cu lotul 2, au fost veridic mai mulți subiecți în vârstă aptă de muncă, aproape de 2 ori mai puțini angajați în câmpul de muncă, aproximativ de 2 ori mai mulți invalizi, în deosebi cu un grad mai sporit de invaliditate.

Tabelul 4.1.1. Activitatea profesională a pacienților din lotul 1 și 2

Indicii	Lotul 1 (n=422)	Lotul 2 (n=129)	p
Pacienți în vârstă aptă de muncă, nr. de bolnavi	356	71	
%	84,4±1,766	55,0±4,38	< 0,001
Pensionari, nr. de bolnavi	66	58	
%	15,64±1,768	45,0±4,38	< 0,001
Angajați, nr. de bolnavi	94	52	
%	22,3±2,02	40,3±4,32	< 0,001
Studenti, nr. de bolnavi	11	0	
%	2,61±0,776	0	< 0,001
Neangajați, nr. de bolnavi	317	77	
%	75,12±2,104	59,7±4,32	< 0,002
Invalizi, nr.	79	11	
%	18,72±1,899	8,53±2,459	< 0,002
invalidi de gr. 1, nr.	16	3	
% din nr. de invalizi	20±4,5	27,3±13,43	> 0,5
invalidi de gr. 2, nr.	57	8	
% din nr. de invalizi	72±5,0	72,7±13,43	> 0,5
invalidi de gr. 3, nr.	6	0	
% din nr. de invalizi	8±3,0	0	< 0,01

Majoritatea pacienților din ambele loturi, angajați în câmpul de muncă, efectuau un lucru fizic greu (tab. 4.1.2.), în condiții cu nocivitate în 60,0±4,78% cazuri în lotul 1 și numai 26,9±6,15% cazuri în lotul 2. Deși activitatea fizică la locul de muncă era ușoară în 39,0±4,76% cazuri din lotul 1 și 40,4±6,80% cazuri din lotul 2, în condiții fără nocivitate activau doar 40,0±4,78% din subiecții din lotul 1 și 73,1±6,15% din pacienții lotului 2. De activitate intelectuală erau preocupați numai 16,2±3,60% din bolnavii cu TB pulmonară și aproape 1/3 din pacienții cu pneumonie comunitară.

Tabelul 4.1.2. **Condițiile la locul de muncă a pacienților din lotul 1 și 2**

Activitatea	Lotul 1 (n=422)	Lotul 2 (n=129)	p
fizică grea, nr. de bolnavi	64	31	
%	60,9±4,76	59,6±6,80	p>0,5
fizică ușoră, nr. de bolnavi	41	21	
%	39,0±4,76	40,4±6,80	p>0,5
cu nocivitate, nr. de bolnavi	63	14	
%	60,0±4,78	26,9±6,15	p<0,001
fără nocivitate, nr. de bolnavi	42	38	
%	40,0±4,78	73,1±6,15	p<0,001
intelectuală, nr. de bolnavi	17	15	
%	16,2±3,60	28,8±6,28	p<0,01

De remarcat că 1,2±0,54% din pacienții lotului 1 s-au aflat în trecut în instituții penitenciare, în timp ce nici unul din bolnavii lotului 2 nu a fost deținut.

Datele prezentate în tab. 4.1.3. demonstrează, că starea familială, relațiile în familie și condițiile de trai la domiciliu a pacienților din lotul 2 au fost veridic mai bune decât la cei din lotul 1. Printre pacienții cu TB pulmonară au fost mai multe persoane necăsătorite, inclusiv divorțate, cu relații nesatisfăcătoare în familie și condiții defectuoase de trai.

Tabelul 4.1.3. Starea familială, relațiile în familie și condițiile de trai a pacienților

Indicii	Lotul 1 (n=422)	Lotul 2 (n=129)	p
Starea familială			
căsătorit, nr. de bolnavi	221	90	
%	52,4±2,43	69,8±4,04	< 0,001
necăsător, nr. de bolnavi	104	39	
%	24,6±2,10	30,2±4,04	< 0,001
divorțat, nr. de bolnavi	97	10	
%	23,0±2,05	7,7±2,35	< 0,001
Relațiile în familie			
foarte bune, nr. de bolnavi	0	7	
%	0	5,4±1,99	< 0,01
bune, nr. de bolnavi	7	80	
%	1,66±0,622	62,0±4,27	< 0,001
satisfăcătoare, nr. de bolnavi	267	29	
%	63,27±2,347	22,5±3,68	< 0,001
nesatisfăcătoare, nr. de bolnavi	148	13	
%	35,07±2,323	10,1±2,65	< 0,001
Condițiile de trai la domiciliu (n = 411):			
casă proprie, nr. de bolnavi	129	34	
%	31,4±2,29	26,4±3,88	> 0,5
apartament, nr. de bolnavi	223	93	
%	54,2±2,46	72,1±3,95	< 0,001
cămin/chirie, nr. de bolnavi	27	2	
%	6,6±1,22	1,5±1,07	< 0,05
inchisoare, nr. de bolnavi	5	0	
%	1,2±0,54	0	< 0,05
fără adăpost, nr. de bolnavi	27	0	
%	6,67±1,22	0	< 0,001

Majoritatea covârșitoare (89,5±1,52%) din pacienții cu TB pulmonară au menționat că se alimentau neregulat, acest indice fiind numai de 55,7±4,82% în lotul 2, în timp ce se alimentau regulat 10,5±1,52% și 44,3±4,82%, corespunzător (tab. 4.1.4.). Calitatea alimentației pacienților din loturile 1 și 2 a fost, respectiv, următoarea: bună – în 0% și 47,2±4,85%, satisfăcătoare – 44,4±2,46% și 48,1±4,85%, nesatisfăcătoare – 55,6±2,46% și 4,7±2,06%.

Tabelul 4.1.4. Alimentația pacienților din lotul 1 și 2

Indicii	Lotul 1 (n=422)	Lotul 2 (n=129)	p
Alimentație			
regulată, nr. de bolnavi	43	47	
%	10,5±1,52	44,3±4,82	< 0,001
neregulată, nr. de bolnavi	365	59	
%	89,5±1,52	55,7±4,82	< 0,001
de calitate bună, nr. de bolnavi	0	50	
%	0	47,2±4,85	< 0,001
de calitate satisfăcătoare, nr. de bolnavi	181	51	
%	44,4±2,46	48,1±4,85	> 0,5
de calitate nesatisfăcătoare, nr. de bolnavi	227	5	
%	55,6±2,46	4,7±2,06	< 0,001

Majoritatea acuzelor (tab. 4.1.5) la internarea pacienților în spitalele de profil larg au fost practic identice în ambele loturi, cu excepția expectorației hemoptoice, durerii pleuretice, apetitului scăzut și transpirațiilor nocturne, care se întâlneau veridic mai des la bolnavii cu TB pulmonară.

Tabelul 4.1.5. Acuzele la spitalizarea pacienților din lotul 1 și 2

Indicii	Lotul 1 (n = 422)	Lotul 2 (n = 129)	p
Tuse, nr. de bolnavi	386	121	
%	91,5±1,36 %	93,8±2,12	> 0,5
seacă, nr. de bolnavi	180	56	
%	46,6±2,54	46,3±4,39	> 0,5
expectorație, nr. de bolnavi	206	65	
%	53,4±2,54	53,7±4,39	> 0,5
mucosă, nr. de bolnavi	21	9	
%	10,2±2,11	13,9±4,29	> 0,5
muco-purulentă, nr. de bolnavi	174	55	
%	84,5±2,52	84,6±4,48	> 0,5
purulentă, nr. de bolnavi	11	1	
%	5,3±1,56	1,5±1,51	> 0,05
hemoptoică, nr. de bolnavi	24	2	
%	11,6±2,23	3,1±2,15	< 0,01
Hemoptizie francă, nr. de bolnavi	4	0	
%	0,95±0,472	0	> 0,05
Durere pleuretică, nr. de bolnavi	258	48	
%	61,14±2,373	37,2±4,26	< 0,001
Apetit scăzut, nr. de bolnavi	369	88	
%	87,4±1,61	68,2±4,10	< 0,001
Astenie, nr. de bolnavi	386	121	
%	91,5±1,36	93,8±2,12	> 0,5
Transpirații nocturne, nr. de bolnavi	298	56	
%	70,6±2,22	43,4±4,36	< 0,001
Dispnee total, nr. de bolnavi	322	103	
%	76,30±2,070	79,8±3,53	> 0,5
Dispnee gr 1, nr. de bolnavi	44	50	
%	13,66±1,914	48,5±4,92	< 0,001
Dispnee gr 2, nr. de bolnavi	165	52	
%	51,24±2,786	50,5±4,93	> 0,5
Dispnee gr 3, nr. de bolnavi	113	1	
%	35,09±2,660	1,0±0,98	< 0,001

Vechimea bolii a fost mai mare de 2 luni în primul lot și depășea puțin 1 săptămână în lotul 2 (tab. 4.1.6.). Pneumonia a debutat acut și a evoluat cu ascensiuni febrile mai des decât TB pulmonară. Bolnavii din lotul 1 au avut deprinderi dăunătoare aproape de 3 ori mai frecvent decât cei din lotul 2. În majoritatea cazurilor în ambele loturi, dar mai des în lotul 2, pacienții au negat contactul cu bolnavi de TB.

Tabelul 4.1.6. Unele date din istoricul bolii pacienților din lotul 1 și 2

Indicii	Lotul 1 (n = 422)	Lotul 2 (n = 129)	p
Unele date din istoricul bolii			
Vechimea bolii (zile)	67,2±4,80	9,1±1,04	< 0,001
Debut acut, nr. de bolnavi	195	84	
%	46,2±2,43	65,1±2,71	< 0,001
Debut insidios, nr. de bolnavi	227	45	
%	53,8±2,43	34,9±4,20	< 0,001
Evoluție cu ascensiuni febrile, nr. de bolnavi	265	113	
%	62,8±2,35	87,6±2,90	< 0,001
Au avut contact cu bolnavi de TB, %	21,8±2,01	3,1±1,53	< 0,001
Contact cu bolnavi de TB neagă, %	78,2±2,01	96,9±1,53	< 0,001
Deprinderi dăunătoare, nr. de bolnavi	250	28	
%	59,2±2,39	21,7±3,63	< 0,001
tabagism, %	54,7±2,42	17,8±3,37	< 0,001
abuz de alcool, %	39,6±2,38	8,5±2,45	< 0,001
narcotice, %	1,2±0,53	0	< 0,05

La internarea în spitalele somatice, majoritatea bolnavilor cu pneumonie au avut starea generală de gravitate medie (tab. 4.1.7), cu mult mai puțini au fost în stare gravă sau satisfăcătoare și numai 0,8% – în stare extrem de gravă. În lotul 1, în comparație cu lotul 2, au fost mai puțini pacienți în stare de gravitate medie, dar, de 3,6 ori mai mulți – în stare satisfăcătoare, de 1,9 ori mai mulți – în stare gravă și de 9 ori mai mulți – în stare extrem de gravă.

Tabelul 4.1.7. Unele date mai importante ale examenului obiectiv al pacienților din lotul

1 și 2

	Lotul 1 (n = 422)	Lotul 2 (n = 129)	p
Starea generală la internare:			
satisfăcătoare, nr. de bolnavi	72	6	
%	17,06±1,831	4,7±1,86	< 0,001
gravitate medie, nr. de bolnavi	202	103	
%	47,87±2,432	79,8±3,53	< 0,001
gravă, nr. de bolnavi	117	19	
%	27,72±2,179	14,7±3,12	< 0,001
extrem gravă, nr. de bolnavi	31	1	
%	7,35±1,270	0,8±0,78	< 0,001
Conștiința:			
clară, nr. de bolnavi	377	128	
%	89,34±1,502	99,2±0,78	< 0,001
tulburată, nr. de bolnavi	44	0	
%	10,42±1,488	0	< 0,001
fără conștiință, nr. de bolnavi	1	1	
%	0,24±0,238	0,8±0,78	> 0,5
Faciesul			
normal, nr. de bolnavi	191	60	
%	45,3±2,42	46,5±4,39	> 0,5
paloare, nr. de bolnavi	231	69	
%	54,7±2,32	53,5±4,39	> 0,5
Cianoză			
total, nr. de bolnavi	139	35	
%	32,9±2,29	27,1±3,91	> 0,5
Hipocratism digital, nr. de bolnavi	6	0	
%	1,4±0,57	0	< 0,02
IMC, kg/m ²	20,3±0,19	24,7±0,58	< 0,001
Subnutriți (IMC < 18,5), nr. de bolnavi	124	2	
%	34,93±2,530	2,8±1,94	< 0,001
Respir/min	21,1±0,20	21,2±0,24	> 0,5
Pulsul/min	90,1±0,75	90,3±1,58	> 0,5
TAs, mm Hg	111,2±0,94	129,2±1,96	< 0,001
TAd, mm Hg	68,8±0,61	81,2±0,97	< 0,001

În timp ce 10,4% din bolnavii cu TB pulmonară au avut conștiința tulburată, aproape toți pacienții cu pneumonie au fost în conștiință clară. Diferența dintre grupe a ponderii subiecților fără conștiință a fost neveridică. Nu a fost observată nici o diferență dintre grupe în ceea ce privește faciesul pacienților și a ponderii cianoticilor. Frecvența respirației și pulsul au fost practic identice în ambele loturi. Deși s-a observat o diferență veridică a tensiunii arteriale între loturi, valorile medii ale acestor indici se aflau în limitele normale.

Important de menționat ponderea mare a pacienților subnutriți și valoarea medie a IMC veridic mai mică în lotul 1, în comparație cu lotul 2. Obezi în lotul 1 și 2 au fost, respectiv, $9,3\pm 1,54\%$ și $40,3\pm 5,78$ ($p < 0,001$), cu obezitate de gradul 1 – $8,4\pm 1,48\%$ și $29,2\pm 5,36\%$ ($p < 0,001$), cu obezitate de gradul 2 – $0,8\pm 0,48\%$ și $8,3\pm 3,25\%$ ($p < 0,002$), cu obezitate de gradul 3 – 0% și $2,8\pm 1,94\%$ ($p > 0,5$).

Indicii medii ai hemogramei în lotul 1 și 2 au fost, corespunzător, următorii: eritrocitele – $3,8\pm 0,03 \times 10^{12}/l$ și $4,2\pm 0,05 \times 10^{12}/l$ ($p < 0,001$), hemoglobina – $117,8\pm 1,23$ g/l și $127,7\pm 1,57$ g/l ($p < 0,001$), indicele cromatic – $0,9\pm 0,01$ și $0,9\pm 0,01$ ($p > 0,5$), leucocitele – $10,7\pm 1,66 \times 10^6$ și $8,4\pm 0,74 \times 10^6$ ($p > 0,1$), nesegmentate – $11,5\pm 0,59\%$ și $11,1\pm 0,84\%$ ($p > 0,5$), segmentate – $61,4\pm 0,74\%$ și $57,5\pm 1,38\%$ ($p < 0,02$), eozinofili – $2,2\pm 0,20\%$ și $3,4\pm 0,52\%$ ($p < 0,05$), limfocite – $19,5\pm 0,55\%$ și $21,1\pm 1,11\%$ ($p > 0,1$), monocite – $6,8\pm 0,29\%$ și $7,2\pm 0,46\%$ ($p > 0,5$), viteza de sedimentare a hematiilor – $32,3\pm 1,05$ mm/oră și $30,6\pm 1,50$ mm/oră ($p > 0,5$).

În timp ce sputa la BAAR a fost examinată la $57,4\pm 4,35\%$ din pacienții cu pneumonie (în toate cazurile rezultatele au fost negative) această investigație a fost efectuată doar la $37,8\pm 2,36\%$ din bolnavii cu TB pulmonară (rezultatele au fost pozitive în $20,5\pm 3,28\%$ din cazurile cercetate, în $79,5\pm 3,28\%$ fiind negative). Important că sputa la BAAR a fost examinată la etapa de prespital numai în $0,42\%$ din cazuri.

Conform examenelor radiologice, procesul patologic la bolnavii din lotul 1 a fost localizat mai des în lobii superiori, aproximativ cu aceeași frecvență în plămânul drept și stâng, iar în $45,4\pm 4,56\%$ – bilateral (tab. 4.1.8). Localizarea pneumoniei a fost diferită de cea a TB pulmonare: mai des în lobii inferiori, de 3,3 ori mai rar procesul patologic a fost bilateral.

Tabelul 4.1.8. Localizarea procesului patologic în plămâni

Localizarea procesului patologic	Lotul 1 (n = 119)	Lotul 2 (n = 124)	p
Plămânul drept (%) :	$29,4\pm 4,18$	$59,7\pm 4,40$	$< 0,001$
lobul superior,%	$21,8\pm 3,78$	$3,2\pm 1,58$	$< 0,001$
lobul mediu,%	0	$8,9\pm 2,56$	$< 0,001$
lobul inferior,%	$7,6\pm 2,43$	$47,6\pm 4,48$	$< 0,001$
Plămânul stâng (%) :	$25,2\pm 3,98$	$26,6\pm 3,97$	$> 0,5$
lobul superior,%	$23,5\pm 3,89$	$3,2\pm 1,58$	$< 0,001$
lobul inferior,%	$1,7\pm 1,18$	$23,4\pm 3,80$	$> 0,5$
Bilateral (%)	$45,4\pm 4,56$	$13,7\pm 3,09$	$< 0,001$

Asociații morbide au fost diagnosticate la 187 ($44,3\pm 2,42\%$) din 422 bolnavi din lotul 1 și la 81 ($62,8\pm 4,26\%$) din 129 pacienți din lotul 2 ($p < 0,001$).

4.2. Particularitățile clinice, paraclinice și de evoluție ale tuberculozei pulmonare depistate în spitale de profil larg și în instituții medicale specializate în ftiziologie

Pentru a determina prin ce se aseamănă și prin ce se deosebește tabloul clinic, paraclinic, evoluția, statusul social etc. al pacienților cu TB pulmonară, internați în spitalele de profil larg de cei internați în instituții medico-sanitare publice specializate în ftiziologie au fost examinate 2 loturi de bolnavi.

Primul lot (de bază) a constat din 422 bolnavi internați în perioada anilor 2001-2005 în diverse instituții medico-sanitare publice de profil general, nespecializate în ftiziologie: Spitalul Clinic Municipal (SCM) nr. 1, SCM „Sfântul Arhanghel Mihail”, SCM „Sfânta Treime” și SCM nr. 4, unde la ei a fost suspectată TB pulmonară (maladia nu a fost bănuită la etapa de prespital), confirmată ulterior la Spitalul Clinic de Ftiziopneumologie.

Lotul 2 (de comparație) a fost compus din 101 subiecți internați în Spitalul Clinic de Ftiziopneumologie, la care TB pulmonară a fost depistată în instituții de acordare a asistenței medicale primare (policlinici, centre ale medicilor de familie etc.).

Vârsta medie a pacienților din lotul 1 și lotul 2 a fost, respectiv, $45,1 \pm 0,76$ (vârsta minimă-maximă = 17-80 ani) și $52,3 \pm 1,30$ ani (vârsta minimă-maximă = 20-70 ani) ($p < 0,001$). Repartizarea bolnavilor după vârstă este prezentată în fig. 4.2.1., care demonstrează, o pondere mai mare a subiecților din lotul 1 în categoriile de vârstă ≤ 20 ani, 31-40 ani, 61-70 ani și > 70 ani. Ponderea pacienților din lotul 2 a fost veridic mai mare în categoriile 21-30 ani și 41-50 ani.

În lotul 1 au fost $31,5 \pm 2,26\%$ femei și $68,5 \pm 2,28\%$ bărbați (raportul femei/bărbați fiind de 1/2,2), iar în lotul 2 – $15,0 \pm 3,5\%$ femei și $85,0 \pm 3,5\%$ bărbați (raportul femei/bărbați = 1/5,7).

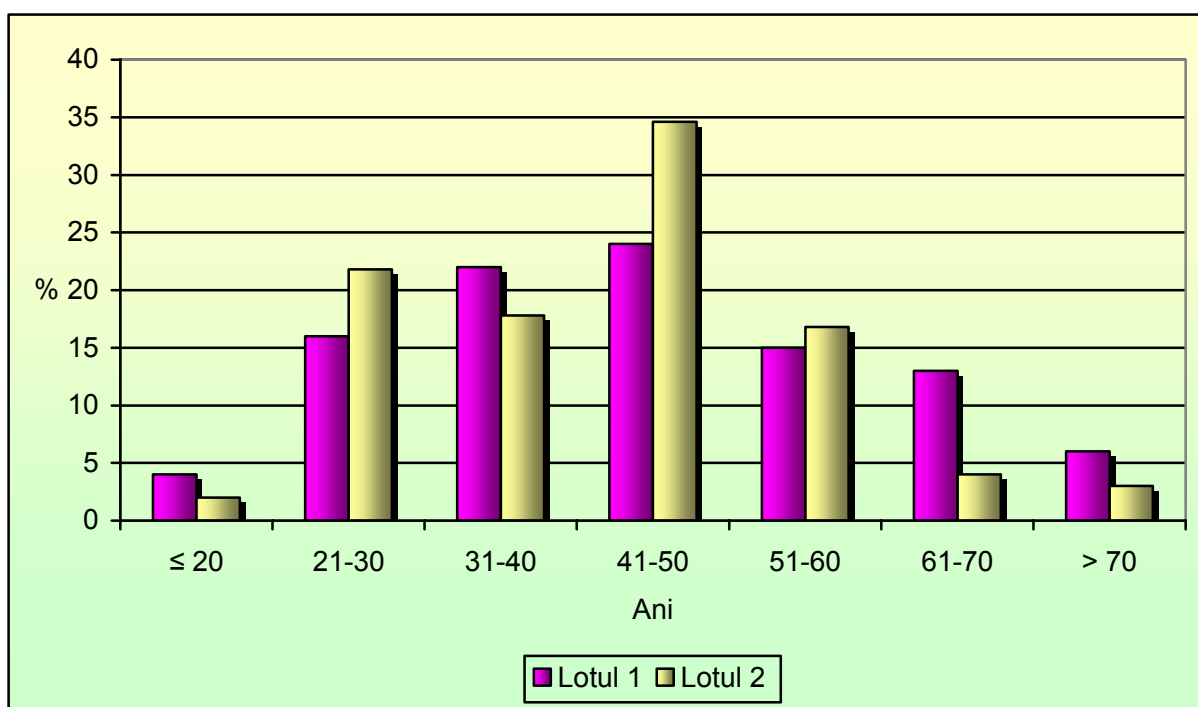


Figura 4.2.1. Repartizarea bolnavilor după vârstă

Majoritatea bolnavilor în ambele loturi, dar mai mulți în lotul 2, au fost în vârstă aptă de muncă (tab. 4.2.1.). Cu toate acestea, doar aproximativ a 5-a parte din pacienți în ambele loturi au fost angajați în câmpul de muncă, 3/4 fiind șomeri. În lotul 1 au fost de 2,7 ori mai mulți invalizi decât în lotul 2, mai mulți invalizi de gradul 1 și mai puțini de gradele 2 și 3.

Tabelul 4.2.1. Activitatea profesională a pacienților din lotul 1 și 2

Indicii	Lotul 1 (n=422)	Lotul 2 (n=101)	p
Pacienți în vârstă aptă de muncă, nr.	356	93	
%	84,4±1,766	92,1±2,684	< 0,02
Pensionari, nr.	66	8	
%	15,64±1,768	7,92±2,687	< 0,02
Angajați, nr.	94	24	
%	22,3±2,02	23,76±4,235	> 0,5
Studenți, nr.	11	1	
%	2,61±0,776	0,99±0,985	> 0,1
Neangajați, nr.	317	76	
%	75,12±2,104	75,25±4,294	> 0,5
Invalizi, nr.	79	7	
%	18,72±1,899	6,93±2,527	< 0,001
invalizi de gr. 1, nr.	16	0	
% din nr. de invalizi	20±4,5	0	< 0,01
invalizi de gr. 2, nr.	57	6	
% din nr. de invalizi	72±5,0	86±3,45	< 0,05
invalizi de gr. 3, nr.	6	1	
% din nr. de invalizi	8±3,0	14±3,45	> 0,5

Majoritatea pacienților angajați în câmpul de muncă din ambele loturi, dar mai mulți din lotul 2, efectuau un lucru fizic greu (tab. 4.2.2.), în condiții nocive. De activitate intelectuală în lotul 2 erau preocupați de 4 ori mai puțini pacienți decât în lotul 1.

Tabelul 4.2.2. Condițiile la locul de muncă a pacienților din lotul 1 și 2

Indicii	Lotul 1 (n=422)	Lotul 2 (n=101)	p
fizică grea, nr.	64	23	
%	60,9±4,76	92,0±5,4	< 0,001
fizică ușoară, nr.	41	2	
%	39,0±4,76	8,0±5,4	< 0,001
cu nocivitate, nr.	63	19	
%	60,0±4,78	76,0±8,54	> 0,1
fără nocivitate, nr.	42	6	
%	40,0±4,78	24,0±8,54	> 0,1
intelectuală, nr.	17	1	
%	16,2±3,60	4,0±3,92	< 0,05

Datele prezentate în tab. 4.2.3. demonstrează, că starea familială, relațiile în familie și condițiile de trai la domiciliu în ambele loturi au fost aproximativ egale, cu excepția faptului, că în lotul 1 au fost mai multe persoane fără adăpost și deținute în trecut în instituții penitenciare.

Tabelul 4.2.3. Starea familială, relațiile în familie și condițiile de trai a pacienților

Indicii	Lotul 1 (n=422)	Lotul 2 (n=101)	p
Starea familială			
căsătorit, nr. de bolnavi	221	45	
%	52,4±2,43	44±4,9	> 0,1
necăsător, nr. de bolnavi	104	25	
%	24,6±2,10	25±4,3	> 0,5
divorțat, nr. de bolnavi	97	31	
%	23,0±2,05	31±4,6	> 0,1
Relațiile în familie			
foarte bune, nr. de bolnavi	0	0	
%	0	0	
bune, nr. de bolnavi	7	2	
%	1,66±0,622	2±1,4	> 0,5
satisfăcătoare, nr. de bolnavi	267	67	
%	63,27±2,347	66±4,7	> 0,5
nesatisfăcătoare, nr. de bolnavi	148	32	
%	35,07±2,323	32±4,6	> 0,5

Tabelul 4.2.3. Starea familiară, relațiile în familie și condițiile de trai a pacienților

(continuare)

Condițiile de trai la domiciliu (n = 411):			
	n = 411	n = 98	
casă proprie, nr. de bolnavi	129	37	
%	31,4±2,29	37,8±4,88	> 0,1
apartament, nr. de bolnavi	223	48	
%	54,2±2,46	49,0±5,05	> 0,5
cămin/chirie, nr. de bolnavi	27	11	
%	6,6±1,22	11,2±3,16	> 0,1
inchisoare, nr. de bolnavi	5	0	
%	1,2±0,54	0	< 0,05
fără adăpost, nr. de bolnavi	27	2	
%	6,67±1,22	2,0±1,41	< 0,02

Majoritatea covârșitoare a pacienților din ambele loturi au menționat că se alimentau neregulat, alimentele fiind mai des de calitate nesatisfăcătoare (tab. 4.2.4.).

Tabelul 4.2.4. Alimentația pacienților din lotul 1 și 2

Indicii	Lotul 1 (n=422)	Lotul 2 (n=101)	p
regulată, nr. de bolnavi	43	10	
%	10,5±1,52	9,9±2,97	> 0,5
neregulată, nr. de bolnavi	365	91	
%	89,5±1,52	90,1±2,97	> 0,5
calitate bună, nr. de bolnavi	0	0	
%	0	0	
calitate satisfăcătoare, nr. de bolnavi	181	48	
%	44,4±2,46	47,5±4,97	> 0,5
calit.nesatisf, nr. de bolnavi	227	53	
%	55,6±2,46	52,5±4,97	> 0,5

La internare, pacienții din lotul 1 mai des manifestau tuse (tab. 4.2.5.). Deși expectorația predomina la bolnavii din lotul 2, la cei din lotul 1 ea mai rar era mucoasă, mai frecvent mucopurulentă, purulentă, hemoptoică sau hemoptizie francă. Bolnavii din lotul 1 mai des manifestau durere pleuretică, apetit scăzut, astenie, transpirații nocturne.

Tabelul 4.2.5. Acuzele la spitalizarea pacienților din lotul 1 și 2

.Indicii	Lotul 1 (n = 422)	Lotul 2 (n = 101)	p
Tuse, nr. de bolnavi	386	79	
%	91,5±1,36 %	78,2±4,11	< 0,01
seacă, nr. de bolnavi	180	23	
%	46,6±2,54	29,1±5,11	< 0,01
expectorație, nr. de bolnavi	206	56	
%	53,4±2,54	70,9±5,11	< 0,01
mucosă, nr. de bolnavi	21	27	
%	10,2±2,11	48,2±6,68	< 0,001
muco-purulentă, nr. de bolnavi	174	29	
%	84,5±2,52	51,8±6,68	< 0,001
purulentă, nr. de bolnavi	11	0	
%	5,3±1,56	0	< 0,001
hemoptoică, nr. de bolnavi	24	2	
%	11,6±2,23	3,6±2,49	< 0,02
Hemoptizie francă, nr. de bolnavi	4	0	
%	0,95±0,472	0	< 0,05
Durere pleuretică, nr. de bolnavi	258	18	
%	61,14±2,373	37,2±4,26	< 0,001
Apetit scăzut, nr. de bolnavi	369	50	
%	87,4±1,61	49,5±4,97	< 0,001
Astenie, nr. de bolnavi	386	75	
%	91,5±1,36	74,3±4,35	< 0,001

Tabelul 4.2.5. Acuzele la spitalizarea pacienților din lotul 1 și 2 (continuare)

Transpirații nocturne, nr. de bolnavi	298	34	
%	70,6±2,22	33,7±4,70	< 0,001
Dispnee total, nr. de bolnavi	322	50	
%	76,30±2,070	49,5±4,97	< 0,001
Dispnee gr 1, nr. de bolnavi	44	26	
%	13,66±1,914	52,0±7,06	< 0,001
Dispnee gr 2, nr. de bolnavi	165	15	
%	51,24±2,786	30,0±6,48	< 0,002
Dispnee gr 3, nr. de bolnavi	113	9	
%	35,09±2,660	18,0±5,43	< 0,01

Vechimea bolii a fost cu mult mai mare în lotul 2 (tab. 4.2.6.). La majoritatea pacienților din acest lot debutul maladiei a fost clasic, insidios, în timp ce în lotul 1, un asemenea debut a fost constatat doar la aproximativ o jumătate din bolnavi. Dar, în lotul 1, maladia mai des evalua cu ascensiuni febrile. În lotul 2 veridic mai mulți pacienți au avut deprinderi dăunătoare.

Tabelul 4.2.6. Unele date din istoricul bolii pacienților din lotul 1 și 2

Indicii	Lotul 1 (n = 422)	Lotul 2 (n = 101)	p
Vechimea bolii (zile)	67,2±4,80	103,6±17,22	< 0,05
Debut acut, nr. de bolnavi	195	10	
%	46,2±2,43	9,9±2,97	< 0,001
Debut insidios, nr. de bolnavi	227	91	
%	53,8±2,43	90,1±2,97	< 0,001
Evoluție cu ascensiuni febrile, nr. de bolnavi	265	17	
%	62,8±2,35	16,8±3,72	< 0,001
Contacte cu bolnavi de TB neagă, %	78,2±2,01	80,31±1,497	> 0,5
Deprinderi dăunătoare, nr. de bolnavi	250	84	
%	59,2±2,39	83,2±3,72	< 0,001
tabagism, %	54,7±2,42	67,3±4,67	< 0,02
abuz de alcool, %	39,6±2,38	73,3±4,40	< 0,001
narcotice, %	1,2±0,53	2,0±1,39	> 0,5

La internare majoritatea bolnavilor din lotul 1 au fost în stare de gravitate medie, gravă sau extrem de gravă, în timp ce peste 70% din bolnavii din lotul 2 au fost în stare satisfăcătoare (tab. 4.2.7.). De asemenea, în lotul 1 au fost veridic mai mulți pacienți cu conștiința tulburată sau fără conștiință, cu cianoză, hipocratism digital. Nu au fost observate diferențe esențiale dintre loturi în ceea ce privește faciesul pacienților.

Deși diferența dintre loturi a indicelui de masă corporală a fost statistic neveridică, în lotul 1 au fost aproape de 2 ori mai mulți pacienți subnutriți, decât în lotul 2. Obezi în lotul 1 și 2 au fost, respectiv, 9,3±1,54% și 7,9±2,68 (p>0,1), cu obezitate de gradul 1 – 8,4±1,48% și 7,9±2,68 (p>0,1), cu obezitate de gradul 2 – 0,8±0,48% și 0% (p>0,05), cu obezitate de gradul 3 – 0% și 0% (p>0,5).

Deși s-a observat o diferență veridică a tensiunii arteriale între loturi, valorile medii ale acestor indici se aflau în limitele normale. În loturile 1 și 2 tensiunea arterială sistemică a fost normală (tensiunea arterială < 130/85 mm Hg), respectiv, în 73,7±2,16% și 87,13±3,332% (p>0,5), la limita superioară a normei (tensiunea arterială < 140/90 mm Hg) – în 7,5±1,29% și 6,93±2,527% (p>0,5), hipertensiune arterială de gradul 1 (tensiunea arterială = 140-159/90-99 mm Hg) – în 7,7±1,31% și 5,94±2,352% (p>0,5), hipertensiune arterială de gradul 2 (tensiunea arterială = 160-179/100-109 mm Hg) – în 1,7±0,63% și 0% (p<0,01), hipertensiune arterială de gradul 3 (tensiunea arterială ≥ 180/110 mm Hg) – în 0,96±0,48% și 0% (p<0,05), hipertensiune arterială sistolică (tensiunea arterială sistolică > 140 mm Hg; tensiunea arterială diastolică < 90 mm Hg) – în 1,4±0,59% și 0% (p<0,02), hipotensiune arterială (tensiunea arterială sistolică < 90 mm Hg) – în 0% și 0% (p>0,5).

Tabelul 4.2.7. Unele date mai importante ale examenului obiectiv

	Lotul 1 (n = 422)	Lotul 2 (n = 101)	p
Starea generală la internare:			
satisfăcătoare, nr. de bolnavi	72	71	
%	17,06±1,831	70,30±4,547	< 0,001
gravitate medie, nr. de bolnavi	202	233	
%	47,87±2,432	22,77±4,173	< 0,001
gravă, nr. de bolnavi	117	7	
%	27,72±2,179	6,93±2,527	< 0,001
extrem gravă, nr. de bolnavi	31	0	
%	7,35±1,270	0	< 0,001
Conștiința:			
clară, nr. de bolnavi	377	98	
%	89,34±1,502	97±1,7	< 0,001
tulburată, nr. de bolnavi	44	3	
%	10,42±1,488	3±1,7	< 0,001
fără conșt, nr. de bolnavi	1	0	
%	0,24±0,238	0	> 0,5
Faciesul			
normal, nr. de bolnavi	191	49	
%	45,3±2,42	48,5±4,97	> 0,5
paloare, nr. de bolnavi	231	52	
%	54,7±2,42	51,5±4,97	> 0,5
Cianoză			
total, nr. de bolnavi	139	7	
%	32,9±2,29	6,9±2,53	< 0,001
Hipocratism digital, nr. de bolnavi	6	0	
%	1,4±0,57	0	< 0,02
IMC, kg/m ²	20,3±0,19	21,0±0,29	> 0,5
Subnutriți (IMC < 18,5), nr. de bolnavi	124	18	
%	34,93±2,530	17,8±3,81	< 0,001
Respir/min	21,1±0,20	18,2±0,20	< 0,001
Pulsul/min	90,1±0,75	83,2±0,87	< 0,001
TAs, mm Hg	111,2±0,94	114,9±1,10	< 0,02
TAd, mm Hg	68,8±0,61	72,6±0,72	< 0,001

Indicii medii ai hemogramei în lotul 1 și 2 au fost, corespunzător, următorii: eritrocitele – $3,8\pm 0,03 \times 10^{12}/l$ și $4,0\pm 0,05 \times 10^{12}/l$ ($p < 0,001$), hemoglobina – $117,8\pm 1,23$ g/l și $126,7\pm 2,12$ g/l ($p < 0,001$), indicele cromatic – $1,3\pm 0,38$ și $1,0\pm 0,01$ ($p > 0,5$), leucocitele – $10,7\pm 1,66 \times 10^6$ și $6,7\pm 0,23 \times 10^6$ ($p < 0,02$), nesegmentate – $11,5\pm 0,59\%$ și $4,9\pm 0,48\%$ ($p < 0,001$), segmentate – $61,4\pm 0,74\%$ și $59,0\pm 1,11\%$ ($p > 0,05$), eozinofili – $2,2\pm 0,20\%$ și $2,2\pm 0,17\%$ ($p > 0,5$), limfocite – $19,5\pm 0,55\%$ și $28,9\pm 1,19\%$ ($p < 0,001$), monocite – $6,8\pm 0,29\%$ și $6,3\pm 0,40\%$ ($p > 0,5$), viteza de sedimentare a hematiilor – $32,3\pm 1,05$ mm/oră și $25,6\pm 1,89$ mm/oră ($p > 0,5$).

În timp ce sputa la BAAR a fost examinată la 98 pacienți (97,0±1,70%) din lotul 2 (la 42,9±5,00% ea a fost BAAR pozitivă), în lotul 1 această investigație a fost efectuată doar la 151 bolnavi (37,8±2,36%) ($p < 0,001$), ea fiind pozitivă doar în 31 cazuri, sau 20,5±3,28% ($p < 0,001$).

Diagnosticul clinic de TB pulmonară infiltrativă a fost cel mai des întâlnit în ambele loturi, ponderea lui fiind veridic mai mare (de 1,4 ori) în lotul 2 (tab. 4.2.8.). Examenul sputei la BAAR a fost pozitiv la o jumătate din bolnavii lotului 1 cu acest diagnostic, iar la cealaltă jumătate – a fost negativ. În lotul 2 acest indice a fost pozitiv doar la 21,1±4,30% din pacienți, în majoritatea cazurilor fiind negativ. În lotul 1 ponderea subiecților cu TB pulmonară fibro-cavitară a fost de 2 ori mai mare decât la cei din lotul 2, iar a TB pulmonare diseminate – de 2,8 ori mai mare, respectiv. Majoritatea pacienților cu TB pulmonară fibro-cavitară din lotul 1 au fost baciliferi, iar în lotul 2 doar a 6-a parte din bolnavi au fost eliminatori de BAAR. Ponderea bolnavilor cu TB pulmonară diseminată baciliferi și cu BAAR negativ a fost aproximativ egală în ambele loturi. În timp ce puțin mai mult decât a 8-a parte din bolnavii lotului 1 au fost cu pleurezie de etiologie tuberculoasă BAAR negativă, în lotul 2 acest diagnostic nu a fost constatat nici într-un caz.

Tabelul 4.2.8. **Formele de TB la pacienții din lotul 1 și 2**

Diagnosticul	Lotul 1 (n = 422)	Lotul 2 (n = 101)	p
TB pulmonară infiltrativă	61,85±2,365	89,1±3,10	< 0,001
BAAR +	50,6±3,095	21,1±4,30	< 0,001
BAAR -	49,4±3,095	78,9±4,40	< 0,001
TB pulmonară fibro-cavitară	11,85±1,573	5,9±2,34	< 0,05
BAAR +	64,0±6,788	16,7±15,23	< 0,01
BAAR -	36,0±6,788	83,3±15,23	< 0,01
TB pulmonară diseminată	14,22±1,700	5,0±2,17	< 0,001
BAAR +	51,7±6,451	60,0±21,91	> 0,5
BAAR -	48,3±6,451	40,0±21,91	> 0,5
Pleurezie tuberculoasă	12,08±1,586	0	< 0,001
BAAR +	0	0	> 0,5
BAAR -	100	0	< 0,001

Aproape o jumătate din pacienții lotului 1 (187 subiecți, sau 44,3±2,42%) au avut diverse asociații morbide. În lotul 2 cu comorbidități au fost doar 17 bolnavi, ceea ce a constituit doar 16,8±3,72% ($p < 0,001$). Ponderea pacienților cu 1 comorbiditate a fost aproximativ egală în ambele loturi (tab. 4.2.9.), dar, a celor cu 2 comorbidități în lotul 1, în comparație cu lotul 2, au fost de 4,5 ori mai mare, cu 3 comorbidități – de 6,2 ori mai mare. Numărul maxim de comorbidități constatate la pacienții din lotul 1 a fost egal cu 6, iar la bolnavii din lotul 2 – doar cu 3.

Tabelul 4.2.9. Numărul de asociații morbide la pacienții din lotul 1 și 2

Numărul de comorbidități	Lotul 1 (n = 422)	Lotul 2 (n = 101)	p
cu 1 comorbiditate, nr. de bolnavi	75	13	
%	17,8±1,86	12,9±3,33	> 0,5
cu 2 comorbidități, nr. de bolnavi	57	3	
%	13,5±1,66	3,0±1,70	< 0,001
cu 3 comorbidități, nr. de bolnavi	26	1	
%	6,2±1,17	1,0±0,99	< 0,001
cu 4 comorbidități, nr. de bolnavi	18	0	
%	4,3±0,98	0	< 0,001
cu 5 comorbidități, nr. de bolnavi	8	0	
%	1,9±0,66	0	< 0,01
cu 6 comorbidități, nr. de bolnavi	3	0	
%	0,7±0,41	0	> 0,5

Rezumat

Rezultatele prezentate demonstrează, că la etapa actuală tabloul clinic al TB pulmonare în mare măsură se aseamănă cu cel al pneumoniilor.

Cu toate acestea, s-au constatat și particularități în manifestările clinice, evolutive și paraclinice ale TB pulmonare față de pneumonii.

TB pulmonară, spre deosebire de pneumonii, se dezvoltă mai frecvent la subiecții de vârstă mai tânără, social vulnerabili (neangajați în câmpul de muncă sau ce activează în condiții de muncă necalificată, cu nocivitate sporită; cu o stare familiară nesatisfăcătoare și condiții defectuoase de trai, subnutriți etc.), cu tuse de durată mai îndelungată, eventual cu hemoptizie, dureri pleuretice, rezultate pozitive ale examenului sputei la BAAR, cu localizarea procesului patologic mai des în lobii superiori ai plămânilor.

TB pulmonară la pacienții internați în spitalele de profil larg se deosebește de cea diagnosticată la subiecții internați direct în instituțiile medico-sanitare publice specializate în fiziologie prin faptul că maladia are mai des un debut acut, o evoluție mai gravă, se instalează mai frecvent la bolnavii cu un status social mai vulnerabil. Pacienții internați direct în spitalele de fiziologie sunt examinați la etapele de prespital mai bine decât cei internați în spitalele de profil general.

Capitolul 5

PARTICULARITĂȚILE CLINICE, PARACLINICE ȘI DE EVOLUȚIE ALE TUBERCULOZEI PULMONARE LA PACIENȚII DECEDAȚI ÎN SPITALELE DE PROFIL GENERAL

După cum a fost demonstrat în capitolele precedente, 3 și 4, lotul esențial de studii a constat din 422 pacienți cu TB pulmonară confirmată în instituțiile medico-sanitare publice sau la necropsie, internați în Spitalele Clinice Municipale de profil larg: SCM nr. 1, SCM „Sfântul Arhanghel Mihail”, SCM „Sfânta Treime” și SCM nr. 4, în perioada anilor 2001-2005. În această perioadă de timp au decedat 53 din cei 422 de bolnavi, ceea ce a constituit 12,6% din cazuri.

Pentru a elucida caracteristica maladiei la bolnavii decedați și deosebirile ei de boala la pacienții ce au supraviețuit, importante pentru optimizarea diagnosticului, subiecții cu TB pulmonară (n=422) au fost divizați în 2 loturi. Primul lot (esențial) a inclus 53 pacienți decedați, al doilea lot (martor) a fost compus din restul 369 bolnavi ce au supraviețuit.

Vârsta medie a pacienților din lotul 1 și 2 a fost, respectiv, de $49,4 \pm 1,85$ și $44,4 \pm 0,83$ ani ($p < 0,02$). De remarcat, că majoritatea subiecților din ambele loturi, după cum este demonstrat în tab. 5.1, au fost în vârstă aptă de muncă (diferența dintre grupe al acestui indice, precum și diferența ponderii pensionarilor a fost statistic neveridică).

Bărbații au suferit de TB pulmonară mai des decât femeile. În lotul 1 și 2 bărbați au fost, respectiv, 39 ($73,6 \pm 6,05\%$) și 250 ($67,7 \pm 2,43\%$), $p > 0,5$, iar femeii – 14 ($30,9 \pm 6,35\%$) și 119 ($32,3 \pm 2,43\%$), $p > 0,5$.

Pacienții din lotul 1 s-au aflat în spitalele de profil larg de la 1 oră până la 7 zile (în medie $2,3 \pm 0,29$ zile/pat), iar cei din lotul 2 – de la 0,5 până la 134 zile (în medie $7,4 \pm 0,56$ zile/pat; $p < 0,001$).

Indicii ce caracterizează activitatea profesională (tab. 5.1) au demonstrat, că doar aproximativ a 5-cea parte din pacienții din ambele loturi au fost angajați în câmpul de muncă, majoritatea neavând un loc de lucru. În lotul 2 au fost 11 studenți, în timp ce în lotul 1 nu a fost nici unul. Numărul de invalizi a fost de 2 ori mai mare în lotul 2 decât în lotul 1.

Tabelul 5.1. **Activitatea profesională a pacienților din lotul 1 și 2**

Indicii	Lotul 1 (n=53)	Lotul 2 (n=369)	p
Pacienți în vârstă aptă de muncă, nr. de bolnavi	44	312	
%	83,0±5,16	84,5±1,88	> 0,5
Pensionari, nr. de bolnavi	9	57	
%	17±5,16	15,5±1,88	> 0,5
Angajați, nr. de bolnavi	9	85	
%	17±5,16	23,0±2,19	> 0,5
Studenți, nr. de bolnavi	0	11	
%	0	2,98±0,88	< 0,001
Neangajați, nr. de bolnavi	44	273	
%	83,0±5,16	73,98±2,284	> 0,5
Invalizi, nr.	5	74	
%	9,4±4,01	20,0±2,08	< 0,05
invalidi de gr. 1, nr.	1	15	
% din nr. de invalizi		20,3±4,65	
invalidi de gr. 2, nr.	4	53	
% din nr. de invalizi		71,6±5,24	
invalidi de gr. 3, nr.	0	6	
% din nr. de invalizi	0	8,1±3,17	< 0,01

Majoritatea pacienților din ambele loturi, angajați în câmpul de muncă, efectuau un lucru fizic greu (tab. 5.2.), în condiții cu nocivitate. Ponderea bolnavilor preocupați de activitate intelectuală în ambele loturi a fost cea mai mică.

Tabelul 5.2. **Condițiile la locul de muncă a pacienților din lotul 1 și 2**

Activitatea	Lotul 1 (n=53)	Lotul 2 (n=369)	p
fizică grea, %	57,1±6,80	61,0±4,76	> 0,5
fizică ușoară, %	42,9±6,80	39,0±4,76	> 0,5
cu nocivitate, %	57,1±6,80	60,0±4,78	> 0,5
fără nocivitate, %	42,9±6,80	40,0±4,78	> 0,5
intelectuală, %	28,6±6,21	16,2±3,60	> 0,1

Datele prezentate în tab. 5.3. demonstrează, că starea familiară, relațiile în familie și condițiile de trai la domiciliu a pacienților din lotul 2 au fost veridic mai bune decât la cei din lotul 1. Printre pacienții din lotul decedaților, în comparație cu cei ce au supraviețuit, au fost mai puține persoane căsătorite, cu relații în familie bune sau satisfăcătoare. În același timp în acest lot au fost veridic mai mulți bolnavi cu relații nesatisfăcătoare în familie și fără adăpost.

În ambele loturi au fost pacienți, care s-au aflat în trecut în instituții penitenciare: 3 subiecți (5,7±3,18%) din lotul 1 și 20 sau 5,4±1,18% din lotul 2 (p>0,5).

Tabelul 5.3. Starea familială, relațiile în familie și condițiile de trai a pacienților

Indicii	Lotul 1 (n=53)	Lotul 2 (n=369)	p
Starea familială			
căsătorit, nr. de bolnavi	20	201	
%	37,7±6,66	54,5±2,59	< 0,05
necăsător, nr. de bolnavi	17	87	
%	32,1±6,41	23,6±2,21	> 0,1
divorțat, nr. de bolnavi	16	81	
%	30,2±6,31	21,9±2,15	> 0,1
Relațiile în familie			
foarte bune, nr. de bolnavi	0	0	
%	0	0	> 0,5
bune, nr. de bolnavi	0	7	
%	0	1,9±0,71	< 0,01
satisfăcătoare, nr. de bolnavi	12	255	
%	22,6±5,74	69,1±2,40	< 0,001
ne satisfăcătoare, nr. de bolnavi	31	107	
%	58,5±6,77	29,0±2,36	< 0,002
Condițiile de trai la domiciliu			
casă proprie, %	18,5±5,33	31,4±2,29	< 0,05
apartament, %	49,1±6,87	54,2±2,46	> 0,1
cămin/chirie, %	9,4±4,01	6,6±1,22	> 0,5
inchisoare, %	5,7±3,18	5,4±1,18	> 0,5
fără adăpost, %	22,6±5,74	6,67±1,22	< 0,01

Majoritatea covârșitoare din pacienții ambelor loturi au menționat că se alimentau neregulat (tab. 5.4.). Calitatea alimentației pacienților din lotul 1 a fost veridic mai joasă decât a celor din lotul 2 (diferențele valorilor medii ce caracterizează calitatea alimentației între loturi au fost statistic veridice).

Tabelul 5.4. Alimentația pacienților din lotul 1 și 2

Indicii	Lotul 1 (n=53)	Lotul 2 (n=369)	p
regulată, %	5,7±3,18	10,5±1,52	> 0,1
neregulată, %	94,3±3,18	89,5±1,52	> 0,1
calitate bună, %	0	0	> 0,5
calitate satisfăcătoare, %	22,6±5,74	44,4±2,46	< 0,001
calitate nesatisfăcătoare, %	77,4±5,74	55,6±2,46	< 0,001

Deși diferențele dintre valorile medii ale frecvenței unor acuze (tab. 5.5.) la internarea pacienților în spitalele de profil larg au fost statistic veridice, în majoritatea cazurilor ele nu au avut

o importanță prognostică. Tusea cu expectorație, predominant muco-purulentă, a fost mai frecventă în lotul 1. Important, că expectorația hemoptoică a fost observată numai la pacienții din lotul 1, iar hemoptizia francă, care poate avea o importanță majoră pentru pronostic, – numai la bolnavii din lotul 2. Pacienții din lotul 1 veridic mai des au fost dispneici de gradul 2 și 3 decât bolnavii din lotul 2. Majoritatea pacienților din ambele loturi acuzau cu aceeași frecvență dureri pleuretice, apetit scăzut, astenie, transpirații nocturne.

Tabelul 5.5. **Acuzele la spitalizarea pacienților din lotul 1 și 2**

Indicii	Lotul 1 (n=53)	Lotul 2 (n=369)	p
Tuse, nr. de bolnavi	52	334	
%	98,1±1,87	90,5±1,53 %	< 0,01
seacă, nr. de bolnavi	17	163	
%	32,1±6,41	48,8±2,73	< 0,05
expectorație, nr. de bolnavi	35	171	
%	66,0±6,51	51,2±2,73	< 0,05
mucoasă, nr. de bolnavi	0	17	
%	0	9,9±2,28	< 0,001
muco-purulentă, nr. de bolnavi	31	143	
%	88,6±5,37	83,6±2,83	> 0,1
purulentă, nr. de bolnavi	0	11	
%	0	6,4±1,87	< 0,001
hemoptoică, nr. de bolnavi	0	24	
%	0	14,0±2,65	< 0,001
Hemoptizie francă, nr. de bolnavi	4	0	
%	11,4±5,37	0	< 0,05
Durere pleuretică, nr. de bolnavi	38	220	
%	71,7±6,19	59,6±2,55	> 0,5
Apetit scăzut, nr. de bolnavi	43	326	
%	81,1±5,38	88,3±1,67	> 0,1
Astenie, nr. de bolnavi	45	341	
%	84,9±4,92	92,4±1,38	> 0,1
Transpirații nocturne, nr. de bolnavi	39	259	
%	73,7±6,05	70,2±2,38	> 0,5
Dispnee total, nr. de bolnavi	44	278	
%	83,0±5,16	75,3±2,24	> 0,1
Dispnee gr 1, nr. de bolnavi	3	41	
%	6,8±3,79	14,7±2,12	> 0,1
Dispnee gr 2, nr. de bolnavi	15	150	
%	34,1±7,15	54,0±2,99	< 0,05
Dispnee gr 3, nr. de bolnavi	26	87	
%	59,1±7,41	31,3±2,78	< 0,002

Vechimea bolii a fost cu mult mai mare, de 2,8 ori, în lotul 1 (tab. 5.6.). Aproape la o

jumătate din pacienții din ambele loturi debutul maladiei a fost clasic, insidios, în timp ce la cealaltă jumătate din bolnavii ambelor loturi boala a debutat acut.

În 60,4±6,72% din cazuri în lotul 1 și 63,1±2,51% - în lotul 2 ($p>0,5$) maladia a evoluat cu ascensiuni febrile. Majoritatea bolnavilor din ambele loturi au negat contactul cu bolnavi de TB. Deprinderi dăunătoare, în deosebi abuzul de alcool, au fost constatate veridic mai des la pacienții din lotul decedaților, cu toate că în acest lot nu a fost nici un narcoman.

Tabelul 5.6. Unele date din istoricul bolii pacienților din lotul 1 și 2

Indicii	Lotul 1 (n=53)	Lotul 2 (n=369)	p
Unele date din istoricul bolii			
Vechimea bolii (zile)	187,5±73,27	67,2±4,80	> 0,1
Debut acut, nr. de bolnavi	26	179	
%	49,1±6,87	48,5±2,60	> 0,5
Debut insidios, nr. de bolnavi	27	190	
%	50,9±6,87	51,5±2,60	> 0,5
Evoluție cu ascensiuni febrile, nr. de bolnavi	32	233	
%	60,4±6,72	63,1±2,51	> 0,5
Au avut contact cu bolnavi de TB, %	26,4±6,05	21,8±2,01	> 0,5
Contact cu bolnavi de TB neagă, %	73,6±6,05	78,2±2,01	> 0,5
Deprinderi dăunătoare, nr. de bolnavi	40	210	> 0,5
%	75,5±5,91	56,9±2,58	< 0,001
tabagism, %	64,1±6,59	54,7±2,42	> 0,5
abuz de alcool, %	88,6±4,36	39,6±2,38	< 0,001
narcotice, %	0	1,2±0,53	< 0,05

La internare a 5-a parte din pacienții lotului 2 au fost în stare satisfăcătoare, în timp ce nici unul din bolnavii din lotul 1 nu s-a simțit satisfăcător. Pacienți în stare de gravitate medie în lotul esențial au fost de 2 mai puțini, în stare gravă – de 2 ori mai mulți, iar în stare extrem de gravă – de 5 ori mai mulți decât în lotul martor (tab. 5.7.). În lotul 1, în comparație cu lotul 2, au fost cu mult mai puțini pacienți cu conștiința clară și cu mult mai mulți bolnavi cu conștiința tulburată. Ponderele bolnavilor cu faciesul normal, cu paloare, cu hipocratism digital sau cu cianoză a fost în ambele loturi aproximativ egală.

Valoarea medie a indicelui de masă corporală a fost statistic veridic mai mică în lotul 1 decât în lotul 2, iar ponderea subnutriților – de 3,3 ori mai mare. Obezi în lotul 1 și 2 au fost, respectiv, 0 și 9,3±1,54% ($p<0,001$), cu obezitate de gradul 1 – 0 și 8,4±1,48% ($p<0,001$), cu obezitate de gradul 2 – 0 și 0,8±0,48% ($p>0,5$), cu obezitate de gradul 3 – 0% și 0% ($p>0,5$).

S-a observat o diferență veridică a tensiunii arteriale între loturi, valorile medii ale acestor indici fiind mai mici în lotul 1 decât în lotul 2. În loturile 1 și 2 tensiunea arterială sistemică a fost

normală (tensiunea arterială < 130/85 mm Hg), respectiv, în 69,8±6,31% și 73,7±2,16% (p>0,5), la limita superioară a normei (tensiunea arterială < 140/90 mm Hg) – în 3,8±2,63% și 7,5±1,29% (p>0,5), hipertensiune arterială de gradul 1 (tensiunea arterială = 140-159/90-99 mm Hg) – în 5,7±3,19% și 7,7±1,31% (p>0,5), hipertensiune arterială de gradul 2 (tensiunea arterială = 160-179/100-109 mm Hg) – în 0 și 1,7±0,63% (p<0,01), hipertensiune arterială de gradul 3 (tensiunea arterială ≥ 180/110 mm Hg) – în 0% și 0,96±0,48% (p<0,05), hipertensiune arterială sistolică (tensiunea arterială sistolică > 140 mm Hg; tensiunea arterială diastolică < 90 mm Hg) – în 0% și 1,4±0,59% (p<0,02), hipotensiune arterială (tensiunea arterială sistolică < 90 mm Hg) – în 20,7±5,56% și 0% (p<0,001).

Tabelul 5.7. Unele date mai importante ale examenului obiectiv

	Lotul 1 (n=53)	Lotul 2 (n=369)	p
Starea generală la internare:			
satisfăcătoare, nr. de bolnavi	0	72	
%	0	19,51±2,06	< 0,001
gravitate medie, nr. de bolnavi	13	189	
%	24,5±5,91	51,2±2,260	< 0,001
gravă, nr. de bolnavi	27	90	
%	50,9±6,87	24,3±2,23	< 0,001
extrem gravă, nr. de bolnavi	13	18	
%	24,4±5,90	4,9±1,12	< 0,001
Conștiința:			
clară, nr. de bolnavi	29	348	
%	54,7±6,84	94,3±1,21	< 0,001
tulburată, nr. de bolnavi	24	20	
%	45,3±6,84	5,4±1,18	< 0,001
fără conștiință, nr. de bolnavi	0	1	
%	0	0,3±0,28	> 0,5
Faciesul			
normal, nr. de bolnavi	30	161	
%	56,6±6,81	43,6±2,58	> 0,1
paloare, nr. de bolnavi	23	208	
%	43,4±6,81	56,4±2,58	> 0,1

Tabelul 5.7. Unele date mai importante ale examenului obiectiv (continuare)

Cianoză, nr. de bolnavi	21	118	
%	39,6±6,72	32,0±2,43	> 0,1
Hipocratism digital, nr. de bolnavi	1	5	
%	1,9±1,87	1,3±0,59	> 0,1
IMC, kg/m ²	17,1±0,39	20,3±0,19	< 0,001
Subnutriți (IMC < 18,5), nr. de bolnavi	40	84	
%	75,5±5,91	22,8±2,18	< 0,001
Respirații/min	23,1±0,73	21,1±0,20	< 0,01
Pulsul/min	99,5±2,16	90,1±0,75	< 0,001
TAs, mm Hg	101,4±2,64	111,2±0,94	< 0,001
TAd, mm Hg	62,7±1,86	68,8±0,61	< 0,002

Indicii medii ai hemogramei în lotul 1 și 2 au fost, corespunzător, următorii: eritrocitele – $3,6 \pm 0,11 \times 10^{12}/l$ și $3,8 \pm 0,03 \times 10^{12}/l$ ($p > 0,5$), hemoglobina – $107,6 \pm 3,36$ g/l și $117,8 \pm 1,23$ g/l ($p > 0,5$), indicele cromatic – $0,9 \pm 0,02$ și $1,3 \pm 0,38$ ($p > 0,5$), leucocitele – $10,2 \pm 0,85 \times 10^6$ și $10,7 \pm 1,66 \times 10^6$ ($p > 0,5$), nesegmentate – $12,6 \pm 2,17\%$ și $11,5 \pm 0,59\%$ ($p > 0,5$), segmentate – $63,7 \pm 2,72\%$ și $61,4 \pm 0,74\%$ ($p > 0,5$), eozinofili – $1,9 \pm 0,52\%$ și $2,2 \pm 0,20\%$ ($p > 0,5$), limfocite – $17,7 \pm 1,81\%$ și $19,5 \pm 0,55\%$ ($p > 0,5$), monocite – $5,2 \pm 0,95\%$ și $6,8 \pm 0,29\%$ ($p > 0,5$), viteza de sedimentare a hematiilor – $27,7 \pm 3,20$ mm/oră și $32,3 \pm 1,05$ mm/oră ($p > 0,5$).

Diagnosticile cu care bolnavii au fost trimiși în spitalele de profil larg sunt reflectate în tab. 5.8. Datele prezentate în el demonstrează, că în ambele loturi cel mai des întâlnite diagnostice au fost cele de boli ale sistemului respirator, dintre care pe prim plan fiind pneumoniile, urmate de BPOC și alte maladii. Paradoxal, dar 2 pacienți din lotul 1 și 3 – din lotul 2 au fost trimiși pentru spitalizare în instituții medicale de profil larg cu diagnosticul de TB pulmonară. Ponderea bolilor extrapulmonare a fost de 2,1 ori mai mare în lotul 1 decât în lotul 2. O parte din pacienți, și anume $9,43 \pm 4,014\%$ din lotul 1 și $22,76 \pm 2,183\%$ din lotul 2, s-au prezentat în secția de internare fără îndreptare și au fost spitalizați din cauza stării grave.

Tabelul 5.8. **Diagnosticile de trimitere a bolnavilor în spitalele de profil larg**

Diagnosticul	Lotul 1 (n=53)	Lotul 2 (n=369)	p
Boli pulmonare, nr. de bolnavi	35	243	
%	66,0±6,51	65,8±2,47	> 0,5
Pneumonie, nr. de bolnavi	27	184	
%	50,94±6,867	49,86±2,603	> 0,5
BPOC, nr. de bolnavi	4	19	
%	7,55±3,629	5,15±1,151	> 0,5
Revărsat pleural, nr. de bolnavi	0	17	
%	0	4,61±1,092	< 0,001
Pneumotorax, nr. de bolnavi	0	9	
%	0	2,44±0,803	< 0,01
TB pulmonară, nr. de bolnavi	2	3	
%	3,77±2,616	0,81±0,467	> 0,5
Astm bronșic, nr. de bolnavi	1	2	
%	1,89±1,870	0,54±0,382	> 0,5
Cancer pulmonar	1	0	
%	1,89±1,870	0	> 0,5
Hemoptizie, nr. de bolnavi	0	6	
%	0	1,63±0,659	< 0,02
Abces pulmonar, nr. de bolnavi	0	2	
%	0	0,54±0,382	> 0,5
Bronșiectazii, nr. de bolnavi	0	2	
%	0	0,54±0,382	> 0,5
Boli extrapulmonare, nr. de bolnavi	13	42	
%	24,52±5,909	11,38±1,653	< 0,05
Fără îndreptare și fără diagnostic, nr. de bolnavi	5	84	
%	9,43±4,014	22,76±2,183	< 0,01

Diferența dintre formele clinico-radiologice ale TB pulmonare la bolnavii decedați și cei ce au supraviețuit, stabilite în spital, în majoritate a fost statistic neveridică (tab. 5.9). Cel mai des întâlnit diagnostic la pacienții din ambele loturi a fost cel de TB pulmonară infiltrativă. Această formă a TB pulmonare a fost mai des BAAR pozitivă în lotul 2 și BAAR negativă mai frecvent în lotul 1. De remarcat că nici unul din bolnavii lotului 1 nu a avut pleurezie de etiologie tuberculoasă, în timp ce astfel de patologie s-a constatat în lotul 2 în 13,8±1,79% din cazuri.

Tabelul 5.9. Formele de TB stabilite în IMSP specializate în ftiziologie

Diagnosticul	Lotul 1 (n=53)	Lotul 2 (n=369)	p
TB pulmonară infiltrativă	58,5±6,77	62,3±2,52	> 0,5
BAAR +	32,2±8,39	53,0±3,29	< 0,05
BAAR -	67,8±8,39	47,0±3,29	< 0,05
TB pulmonară fibro-cavitară	18,9±5,38	10,8±1,62	> 0,5
BAAR +	40,0±15,49	70,0±7,25	> 0,5
BAAR -	60,0±15,49	30,0±7,25	> 0,5
TB pulmonară diseminată	22,6±5,74	13,0±1,75	> 0,5
BAAR +	58,3±14,23	50,0±7,22	> 0,5
BAAR -	41,7±14,233	50,0±7,22	> 0,5
Pleurezie tuberculoasă	0	13,8±1,79	< 0,001
BAAR +	0	0	> 0,5
BAAR -	0	100	< 0,001

Este alarmant faptul că în 30 din 53 de cazuri (56,6%) de deces nu a fost efectuată necropsia, diagnosticul fiind stabilit doar în baza datelor clinice și paraclinice.

Rezumat

Cauzele mai importante de deces al pacienților cu TB pulmonară internați în spitalele de profil general sunt: adresarea tardivă a bolnavilor la doctor, cu un stadiu avansat al bolii; erorile de diagnostic la etapa prespitalicească și internarea pacienților în spitalele somatice, nespecializate în ftiziologie.

Capitolul 6

SINTEZA REZULTATELOR OBȚINUTE

Infecția tuberculoasă și TB evolutivă sunt prezente peste tot în lume [87,89,182], cauzând mai multe decese decât oricare altă infecție [26,176,204] și situându-se în rândul primelor 10 cauze de mortalitate globală [21]. În prezent, conform datelor OMS [26], aproximativ 1/3 din populația de pe glob este infectată cu *M. tuberculosis*. Anual în lume se înregistrează în jurul la 8,4 milioane de cazuri noi de TB și peste 2 milioane de cazuri de deces din cauza acestei maladii.

OMS consideră critică situația în 16 țări europene (țările fostei URSS și România) [26,156,207,208], în care incidența, prevalența, invaliditatea și mortalitatea de această maladie este și în prezent în creștere [246,249,263,267,271,289].

Situația epidemiologică a TB în Republica Moldova este în curs de deteriorare ultimii 15 ani, pe parcursul cărora este în continuă creștere incidența, prevalența și mortalitatea de această maladie [104,105,195,203,221,241]. Cea mai înaltă incidență a TB cazuri noi se înregistrează în municipiul Chișinău și suburbiile lui [221,228,240,242].

În scurt timp după declararea în anul 1993 că TB este o urgență globală OMS a elaborat o strategie nouă a controlului eficient al acestei infecții, conform căreia depistarea pacienților cu TB se face în instituțiile curative de profil general, iar diagnosticul acestei boli urmează să fie confirmat în una din instituțiile fiziologice. Depistarea cazurilor de TB pulmonară se face în prezent prin examenul pacienților care s-au adresat pentru asistență medicală primară sau prin examenul profilactic al persoanelor din grupele de risc de îmbolnăvire de TB [26].

Furnizorii de asistență medicală primară joacă un rol foarte important în controlul TB, deoarece majoritatea pacienților cu TB se adresează prima dată la doctorii ce activează în cadrul serviciilor de medicină generală [171,259], iar ei trimit bolnavii în instituțiile fiziologice pentru confirmarea diagnosticului și tratament.

O problemă majoră a medicinei o constituie depistarea tardivă a TB, erorile diagnostice la etapele de prespital, internarea pacienților cu această maladie în spitalele de larg profil și instalarea în aceste instituții medicale a infecției cu *M. tuberculosis*, care devine o infecție nosocomială și contribuie la apariția noilor cazuri de infectare și boală de TB [220,252].

Scopul studiului actual a fost elucidarea cauzelor internării bolnavilor cu tuberculoză pulmonară în spitale nespecializate, ale erorilor diagnostice la diverse etape de acordare a asistenței medicale și ale deceselor, importante pentru elaborarea unei tactici optime, argumentate clinic, de abordare a pacienților la etapa prespitalicească.

Pentru atingerea lui au fost examinate 706 cazuri de internare a bolnavilor cu suspjecție la

TB pulmonară sau pleurezie de etiologie tuberculoasă în diverse instituții medico-sanitare publice de profil general, nespecializate în ftiziologie, și spitalizarea lor ulterioară în Spitalul Clinic de Ftiziopneumologie pentru precizarea diagnosticului. Loturile de comparație (martor) au fost compuse din 230 subiecți, selectați randomizat, ce au inclus: 101 pacienți cu TB pulmonară sau pleurezie de etiologie tuberculoasă internați în Spitalul Clinic de Ftiziopneumologie, fiind trimiși pentru spitalizare de doctorii din instituțiile de acordare a asistenței medicale primare, care au depistat maladia, și 129 bolnavi cu pneumonie (diagnosticul, cu care pacienții au fost cel mai des trimiși la spitalele de profil larg pentru spitalizare), internați în SCM „Sfânta Treime”. În total au fost incluși în studiu 936 pacienți examinați în perioada anilor 2001-2005.

Rezultatele studiului efectuat au demonstrat, că ponderea bolnavilor cu TB pulmonară confirmată este de 0,40% din totalul pacienților internați în secțiile de profil terapeutic ale spitalelor clinice municipale somatice, nespecializate în ftiziologie.

Ponderea pacienților, la care a fost suspectată TB pulmonară, a fost cea mai mare în secțiile de terapie generală. În aceste secții TB pulmonară a fost suspectată la 1,51% din bolnavi și ulterior confirmată la 0,71% subiecți.

Este important de remarcat, că numai 68,3% din bolnavi, la care a fost suspectată TB pulmonară și care au fost trimiși la instituțiile medico-sanitare publice de ftiziologie, s-au prezentat la ultimele. Restul 31,7% pacienți nu au ajuns la instituțiile medico-sanitare publice de ftiziologie, soarta lor ulterioară rămânând necunoscută. Acest fapt este foarte alarmant, deoarece acești pacienți rămân o sursă importantă de răspândire a TB, inclusiv și a formelor multidrorezistente.

Din 706 bolnavi trimiși la Spitalul Clinic de Ftiziopneumologie pentru confirmarea diagnosticului, ultimul s-a adeverit numai la 422 (59,8%) pacienți. Deci hiperdiagnostica tuberculozei la instituțiile medico-sanitare publice de profil larg a fost de 40,2%.

Formele de TB la pacienții cu diagnosticul confirmat au fost următoarele. În mai mult de o jumătate din cazuri s-a diagnosticat TB pulmonară infiltrativă. La majoritatea din acești pacienți maladia a evoluat cu distrucție a parenchimului pulmonar, diseminație canaliculară și complicații – hemoptizie, pneumotorax spontan etc. Numai aproximativ la o jumătate din ei analiza sputei la BAAR a fost pozitivă, la cealaltă jumătate – negativă. TB pulmonară diseminată a fost întâlnită de 4 ori mai rar. Ea a evoluat cu complicații în 58% din cazuri și cu sputa la BAAR pozitivă – în 51,7% din cazuri. Pe locul 3 după frecvență s-a situat pleurezia de etiologie tuberculoasă cu evoluție cu diverse complicații în 1/5 din cazuri. Sputa la BAAR a fost negativă în 100% din cazuri. Pe ultimul loc după frecvență s-a aflat TB pulmonară fibro-cavitară, cu evoluție cu complicații în 58% din cazuri și cu sputa la BAAR pozitivă – în 64% din cazuri.

De remarcat ponderea înaltă a comorbidităților la bolnavi cu diagnosticul de TB confirmat.

Au avut diverse comorbidități 44,3±2,42% din pacienți. Cu 1 comorbiditate au fost 17,77±1,861% din pacienți, cu 2 – 13,51±1,664%, cu 3 – 6,16±1,170%, cu 4 – 4,26±0,983%, cu 5 – 1,90±0,665% și cu 6 – 0,71±0,409%. Bolile asociate reprezintă o cauză obiectivă importantă a erorilor de diagnostic ale TB, deoarece manifestările lor pot ieși pe prim plan și masca tabloul clinic al TB [288,290,291]. După datele prezentate de Haidarlî I. și col. [103] în 36,5 % din cazuri decese de bolnavilor cu TB se produc prin alte boli și cauze.

În diagnosticele cu care bolnavii au fost trimiși la spitalele de profil larg prevalau bolile sistemului respirator (65,9±2,31%). Bolile extrapulmonare au constituit doar 13,0±1,64% din totalul cazurilor. Aproximativ 1/5 din pacienți s-au adresat la spitalele de profil larg fără îndreptare de la medicii din instituțiile de acordare a asistenței medicale primare și, deci, fără diagnostic. Dintre bolile sistemului respirator au predominat pneumoniile (50,0±2,43%), urmate de BPOC (5,4±1,11%) și alte maladii, precum sunt: revărsatul pleural, pneumotoraxul, TB pulmonară, astmul bronșic, hemoptizia, abcesul pulmonar, bronșiectaziile. De remarcat, că la 1,2±0,53% bolnavi, deși diagnosticul de trimitere a fost TB pulmonară, ei au fost trimiși pentru spitalizare în spitalele larg profil și nu în cele specializate în fiziologie.

Deoarece în prezent depistarea TB se face în majoritatea cazurilor prin adresarea pacienților la doctorii din sectorul primar de acordare a asistenței medicale, de multe ori la acești bolnavi TB se află într-un stadiu avansat de evoluție, ce cauzează dificultăți în diagnosticarea maladiei [256,257,259].

După datele diferitor autori [188,189,256,259] durata de timp de la apariția simptomelor de TB până la diagnosticarea maladiei variază în medie de la 49 zile până la 4 luni. În studiul actual durata de timp de la apariția simptomelor de TB până la internarea pacienților în spitalele de profil larg a fost mai mare de 2 luni, în medie – de 67,2±4,80 zile. Neadresarea la timp a pacienților la doctori este urmarea culturii sanitare joase a populației, ignorarea de către pacienți a stării nesatisfăcătoare a sănătății, precum și incompianței diagnostice a bolnavilor [114,161,162]. În consecință, TB este depistată tardiv, iar eficacitatea tratamentului este scăzută [20,246,252,283]. Persoanele „non cooperante” cu TB pulmonară prezintă o categorie de bolnavi foarte periculoasă atât pentru sine, cât și pentru societate [162].

Contingentul de bolnavi de TB pulmonară internați în spitalele de profil larg constă predominant din persoane social vulnerabile: pensionari sau neangajați în câmpul de muncă, invalizi, cu relații nesatisfăcătoare în familie, divorțați sau necăsătoriți, fără adăpost, eliberați recent din instituții penitenciare etc. Majoritatea (59,2±2,39%) pacienților aveau deprinderi dăunătoare: 54,7±2,42 % fumau, 39,6±2,38 % făceau abuz de alcool, 1,2±0,53 % – erau narcomani. La concluzii analogice au ajuns și Писаренко С. с Гербыш Т. [268], care au examinat 51 cazuri de

deces prin TB pulmonară și au constatat că toți decedații au abuzat alcool sau au fost narcomani.

Despre adresarea tardivă a bolnavilor cu TB la doctor vorbește și faptul că 172 din 422 (40,8%) pacienți au fost aduși în secțiile de internare a spitalelor de profil larg cu ambulanța în mod de urgență. Starea generală a pacienților la internare a fost în majoritatea cazurilor de gravitate medie ($47,9 \pm 2,43\%$), gravă ($27,7 \pm 2,18\%$) sau extrem de gravă ($7,3 \pm 1,27\%$). Numai în $17,1 \pm 1,83\%$ din cazuri starea generală a bolnavilor a fost satisfăcătoare.

Investigațiile altor autori au demonstrat, că în ultimul timp TB tot mai des evoluează atipic [123,265], cu debut acut cu febră înaltă, intoxicație pronunțată, tuse productivă, dispnee [286], cu tendința spre evoluție pseudopneumonică [23,264]. Frecvent la acești pacienți se stabilește diagnosticul incorect de pneumonie [195,285]. Rezultatele actualului studiu sunt în concordanță cu aceste lucrări și mărturisesc, că la etapa actuală tabloul clinic al TB pulmonare în mare măsură se aseamănă cu cel al pneumoniilor. Debutul TB a fost acut aproape în jumătate din cazuri ($46,2 \pm 2,43\%$). Boala evolua cu tuse ($91,5 \pm 1,36\%$) și expectorație (în majoritate muco-purulentă) în $53,4 \pm 2,54\%$, cu ascensiuni febrile în $62,8 \pm 2,35\%$ din cazuri. Peste 1/2 din pacienți acuzau dureri pleuretice. Majoritatea bolnavilor ($78,2 \pm 2,01\%$) au negat contactul cu bolnavi de TB.

Cu toate acestea, am constatat și divergențe în manifestările clinice, evolutive și paraclinice ale TB pulmonare față de pneumonii.

TB pulmonară, spre deosebire de pneumonii, se dezvoltă mai frecvent la subiecții de vârstă mai tânără, social vulnerabili (neangajați în câmpul de muncă, cu profesii de calificare joasă sau ce activează în condiții cu nocivități; cu o stare familială nesatisfăcătoare și condiții defectuoase de trai, subnutriți etc.), cu tuse de durată mai mare, posibil cu hemoptizie, dureri pleuretice, rezultate pozitive ale examenului sputei la BAAR, cu localizarea procesului patologic mai des în lobii superiori ai plămânilor.

Pentru a determina, de ce unii pacienți cu TB pulmonară sunt trimiși la instituțiile medico-sanitare publice specializate în ftiziologie, iar alții sunt internați în spitale de profil larg, prin ce se aseamănă și prin ce se deosebește tabloul clinic, paraclinic, evoluția, statusul social etc. al pacienților cu TB pulmonară, internați în spitalele de profil larg de cei internați în instituții medico-sanitare publice specializate în ftiziologie au fost examinate 2 loturi de bolnavi.

Un lot a constat din bolnavi internați în diverse instituții medico-sanitare publice de profil general, nespecializate în ftiziologie, altul – a fost compus din subiecți internați în Spitalul Clinic de Ftiziopneumologie, la care TB pulmonară a fost depistată în instituții de acordare a asistenței medicale primare (policlinici, centre ale medicilor de familie etc.).

Compararea acestor loturi a permis de a constata existența unor cauze obiective ale erorilor diagnostice la etapa de prespital. TB pulmonară la pacienții internați în spitalele de profil larg se

deosebește de cea diagnosticată la subiecții internați direct în instituțiile medico-sanitare publice specializate în fiziologie prin faptul că maladia are mai des un debut acut, o evoluție mai gravă, des este mascată de comorbidități și acompaniată de complicații, se instalează mai frecvent la bolnavii cu un status social mai vulnerabil. Pacienții internați direct în spitalele de fiziologie sunt examinați la etapele de prespital mai bine decât cei internați în spitalele de profil general.

Important de remarcat, că pe lângă cauzele obiective ale erorilor diagnostice la etapa de prespital au existat și cauze subiective. În primul rând aceasta a fost prudența joasă a doctorilor din sectorul primar de acordare a ajutorului medical. Așa, sputa la BAAR la etapele de prespital a fost examinată doar în 0,42% de cazuri (în spitalele de profil larg – doar la 32,7±1,77% din pacienți), testul Mantoux nu a fost efectuat în nici un caz, nici la etapa de prespital și nici la cea de spital, Radiografia cutiei toracice sau micro-radio-fotografia a fost efectuată până la spitalizarea pacienților doar în 8,07% din cazuri. Rezultatele actualului studiu sunt în concordanță cu datele altor cercetători, care consideră, că erorile de diagnostic, suspectarea și diagnosticarea tardivă a TB la pacienții internați în spitalele de larg profil se explică prin vigilența scăzută și lipsa unei experiențe bogate a personalului medical în depistarea maladii în comparație cu experiența personalului din instituțiile sau secțiile specializate în fiziologie [45,125,129,138,146,230]. Minakuchi M. și col. [145] menționează nesuspectarea la timp a TB și neexaminarea radiologică a pacientului și a sputei la BAAR, prevalarea simptomatologiei altor boli, interpretarea incorectă a rezultatelor investigațiilor radiologice și altele. Țâmbalari Gh. și Burinschi V. [223] indică la conlucrarea nesatisfăcătoare între serviciul de fiziopneumologie și medicii de familie din teritoriu. După cum remarcă Țâmbalari Gh. și col. [222] unii medici nici nu doresc să se conformeze noilor cerințe.

În investigația de față s-a constatat, că majoritatea bolnavilor cu TB se alimentau nesatisfăcător. A fost înaltă și ponderea bolnavilor subnutriți – 34,9±2,53%, dacă considerăm că valoarea normală a indicelui de masă corporală este mai mare sau egală cu 18,5 kg/m². Dacă vom considera, că valoarea normală a indicelui de masă corporală este mai mare sau egală cu 20 kg/m², după cum este părerea unor autori [111,243], atunci ponderea bolnavilor subnutriți va fi de 45,9±2,64%.

În prezent este bine stabilit, că subalimentația duce la deteriorarea răspunsului imun, în particular prin scăderea imunității celulare, a funcției fagocitare, a producerii de citokine și de anticorpi, prin modificarea afinității anticorpilor și dereglarea sistemului complementului [35]. Pe lângă aceasta, în experiențe pe animale și studii clinice s-a demonstrat, că subnutriția afectează structura și funcțiile plămânilor, influențând nefavorabil dezvoltarea lor, structura morfologică, procesele biochimice, precum și mecanica acestui organ [192,243].

J. Chan și col. [1996] a demonstrat în studiu experimental pe șoareci, că deficitul de proteine în alimentație deteriorează imunitatea celulară și mărește susceptibilitatea organismului față de infecția cu *Mycobacterium tuberculosis*, iar suplimentul de proteine ameliorează rezistența organismului față de infecția tuberculoasă.

În studiul nostru incidența și mortalitatea de TB corelează veridic mai strâns cu carența de grăsimi, decât cu cea de proteine. Acest fapt pare la prima vedere paradoxal. Dar, recent s-a constatat, că celulele grase (stratul adipos), sunt metabolic imunoactive. Ele influențează imunitatea și procesele inflamatorii prin producerea de adipokine, ce constau din adiponectin și leptin – substanțe hormon-like solubile [140].

În ultimii ani a crescut interesul cercetătorilor față de acțiunea grăsimilor asupra stării de imunitate și posibilitatea de a o manipula prin intermediul diverselor lipide. Au fost efectuate cercetări epidemiologice și experimentale care au demonstrat capacitatea grăsimilor de a influența imunitatea umană și animală. S-a constatat, că unele lipide ce conțin acizi grași polinesaturați *n-3*, precum uleiurile de pește, de măslină și de cereale pot acționa benefic în artrita reumatoidă și alte boli inflamatorii, mulțumită acțiunii lor antiinflamatorii și de modulare a imunității. Acizii grași polinesaturați *n-6* joacă un rol protectiv important în procesele de cancerogeneză [61]. Grăsimile sunt importante pentru dezvoltarea și evoluția diabetului zaharat, a obezității etc.

A fost stabilit și rolul grăsimilor în rezistența organismului față de diverse infecții. Unii autori au demonstrat în studii pe animale, că lipidele ce conțin acizi grași polinesaturați *n-3* sau *n-6* scad imunitatea și rezistența organismului față de infecțiile cu *Salmonella typhimurium* [36], *P. aeruginosa* [167], *Staphylococcus aureus* [57]. Conform datelor obținute de Paul K.P. și col. [165] acizii grași polinesaturați *n-3* micșorează rezistența organismului la *M. tuberculosis*, iar acizii grași polinesaturați *n-6* – nu.

Bjornsson S. și col. [18] au stabilit într-un studiu experimental, că dieta cu un supliment de ulei de pește mărește supraviețuirea șoarecilor infectați cu *Klebsiella pneumoniae*, în timp ce dieta cu un supliment de ulei de măslină sau de grâne – nu. Același rezultat l-au obținut și Thors V.S. și col. [213] și au explicat acest fapt prin capacitatea uleiului de pește de a modifica producerea de leucotriene. Tot Thors V.S. și col. [214] au demonstrat și efectul benefic al dietei cu un supliment de ulei de pește asupra supraviețuirii șoarecilor infectați cu *Klebsiella pneumoniae*, și lipsa lui la șoarecii infectați cu *Streptococcus pneumoniae* serotipul 3.

Gennari R. și col. [91] au stabilit, că uleiul de pește + arginina, uleiul de pește + glutamina, precum și arginina + glutamina măresc rezistența șoarecilor față de infecția cu *Escherichia coli*.

Alt rezultat obținut de noi, de asemenea paradoxal la prima vedere, este corelația pozitivă a răspândirii și mortalității de TB cu cantitatea de cereale disponibile pentru alimentația populației. El

se explică, probabil, nu prin dependența directă a acestor indici, ci prin faptul, că odată cu scăderea ponderii proteinelor, grăsimilor, fructelor și legumelor, populația săracă se alimentează preponderent cu produse cereale.

Importanța vitaminelor, mineralelor și altor componente ce se conțin în legume și fructe pentru dezvoltarea TB și altor infecții sunt investigate mai puțin. Rezultatele studiului efectuat de Barringer T.A. și col. [16] demonstrează, că multivitaminele și mineralele, administrate zilnic persoanelor sănătoase în vârstă de 45 de ani sau mai mare diminuează frecvența bolilor cauzate de infecții la ei și numărul de zile absente de la serviciu din cauza îmbolnăvirilor. În studiul efectuat de Chandra R.K. [34] în Canada s-a stabilit că vitaminele ameliorează răspunsul imun și rezistența față de infecții. Dar, studiile din Franța [39] și Olanda [95] nu au confirmat efectul benefic al vitaminelor și mineralelor de mărire a rezistenței organismului vârstnicilor la infecții.

Pentru evaluarea eficacității multivitaminelor și mineralelor în reducerea infecțiilor la vârstnici A. El-Kadiki și A.J. Sutton [75] au efectuat o metaanaliză a trialurilor randomizate, controlate și au ajuns la concluzia că rezultatele studiilor sunt controversate și că în prezent nu există dovezi convingătoare în favoarea folosirii de rutină a acestor preparate pentru mărirea rezistenței organismului față de infecții.

W. Fawzi și M.J. Stampfer [83], analizând datele literaturii, au ajuns la concluzia, că este necesar de a continua studiile ce țin de eficiența multivitaminelor și mineralelor în profilaxia și tratamentul infecțiilor.

Divizarea pacienților în 2 loturi, în cei ce au decedat după spitalizare și cei ce au supraviețuit, a demonstrat, că starea socială a decedaților a fost cu mult mai vulnerabilă decât a supraviețuitorilor. Printre pacienții din lotul decedaților, în comparației cu cei ce au supraviețuit, au fost mai puține persoane căsătorite, cu relații în familie bune sau satisfăcătoare. În același timp în acest lot au fost veridic mai mulți bolnavi cu relații nesatisfăcătoare în familie, fără adăpost și cei care s-au aflat în trecut în instituții penitenciare. 3/4 din ei aveau deprinderi dăunătoare: 64,1±6,59% au fost fumători, iar 88,6±4,36% făceau abuz de alcool.

Calitatea alimentației acestor pacienți a fost veridic mai joasă, 3/4 din ei (75,5±5,91%) fiind subnutriți, cu valoarea medie a indicelui de masă corporală ($17,1 \pm 0,39 \text{ kg/m}^2$) mai mică decât cea normală.

La spitalizarea în spitalele de profil larg a pacienților ce ulterior au decedat starea lor generală a fost de gravitate medie în jumătate din cazuri, la 1/4 din bolnavi – starea generală a fost gravă și la restul – foarte gravă. Majoritatea pacienților au fost dispneici, iar 39,6±6,72% – cianotici. Se observa o tendință clară spre hipertensiune arterială. Conștiința a fost tulburată la 45,3±6,84% de bolnavi.

Sfârșitul letal al pacienților poate fi explicat prin adresarea tardivă la doctor și starea lor generală gravă. Durata de aflare a decedaților în spitalele somatice a fost în medie de $2,3 \pm 0,29$ zile/pat (cu variații de la câteva ore până la 7 zile), iar la cei ce au supraviețuit – $6,8 \pm 0,50$ zile/pat.

CONCLUZII

1. TB pulmonară și pleurezia de etiologie tuberculoasă este depistată și ulterior confirmată în instituțiile de fiziologie la 0,7% din pacienții internați în secțiile de terapie generală și la 0,4% din pacienții secțiilor de profil terapeutic ale spitalelor somatice. Doar 68,3% din bolnavii de la spitalele de profil larg, trimiși la instituțiile de fiziologie pentru confirmarea diagnosticului de TB și tratament se prezintă la ultimele. Restul 31,7% din pacienți nu ajung la punctul de destinație, iar soarta lor rămâne necunoscută.
2. TB pulmonară și pleurezia de etiologie tuberculoasă sunt confirmate în instituțiile medico-sanitare publice de fiziologie doar la 59,8% din pacienții cu suspecție la aceste diagnostice, trimiși de la spitalele somatice. Hiperdiagnostica acestor maladii în spitalele somatice este de 40,2%. Formele TB la pacienții internați în spitalele de profil larg sunt: TB pulmonară infiltrativă (61,8%), urmată de TB pulmonară diseminată (14,2%), pleurezia tuberculoasă (12,1%) și TB pulmonară fibro-cavitară (11,8%). La 44,3% din pacienți boala evoluează cu una sau mai multe comorbidități.
3. La etapa actuală tabloul clinic al TB pulmonare la pacienții internați în spitalele somatice în mare măsură se aseamănă cu cel al pneumoniilor. Dar, există și particularități în manifestările clinice, evolutive și paraclinice ale acestor boli. TB pulmonară, spre deosebire de pneumonii, se dezvoltă mai frecvent la subiecții de vârstă mai tânără, social vulnerabili, cu tuse de durată mai mare, posibil cu hemoptizie, dureri pleuretice, rezultate pozitive ale examenului sputei la BAAR, cu localizarea procesului patologic mai des în lobi superiori ai plămânilor.
4. TB pulmonară la pacienții internați în spitalele de profil larg se deosebește de cea de la subiecții internați direct în instituțiile medico-sanitare publice specializate în fiziologie prin faptul că maladia are mai des un debut acut, o evoluție mai gravă, pe fond de mai multe comorbidități, se instalează mai frecvent la bolnavii cu un status social mai vulnerabil. Pacienții internați direct în spitalele de fiziologie sunt examinați la etapele de prespital mai bine decât cei internați în spitalele de profil general.
5. Cauzele erorilor de diagnostic al TB pulmonare la etapa prespitalicească sunt: adresarea tardivă a bolnavilor la doctor (cultură sanitară joasă), prudența insuficientă a medicilor față de această maladie, analiza insuficientă a datelor anamnestice, necunoașterea simptomaticei tuberculozei, mascarea tabloului clinic al TB de către bolile asociate, neexaminarea radiologică și a sputei la BAAR.

6. Cauzele de deces al pacienților cu TB pulmonară internați în spitalele de profil general sunt: adresarea tardivă a bolnavilor la doctor, cu un stadiu avansat al bolii; erorile de diagnostic la etapa prespitalicească și internarea pacienților în spitalele somatice, nespecializate în ftiziologie.
7. Subalimentația populației este un factor important ce determină creșterea incidenței și mortalității de TB. Scăderea puterii calorice a alimentației populației, preponderent din conținutul proteinelor, grăsimilor, legumelor și fructelor, duce la creșterea răspândirii TB și a mortalității de această boală.

RECOMANDĂRI PRACTICE

1. Pentru ameliorarea controlului tuberculozei pulmonare în țară este necesar de a crea un registru Național unic al pacienților cu această patologie (Bază de date unică a pacienților cu tuberculoză), care va permite luarea la evidență a tuturor cazurilor depistate și evitarea pierderii bolnavilor din câmpul de vedere.
2. Este necesar de a duce evidență a cazurilor de tuberculoză, depistată în secțiile de internare a spitalelor somatice.
3. Pentru optimizarea depistării tuberculozei pulmonare este necesară sporirea prudenței medicilor nespecialiști în fiziologie față de această maladie, ținerea de cont de statusul social și starea de nutriție a pacienților, efectuarea unei analize mai profunde a datelor anamnestice, cunoașterea simptomaticei tuberculozei, care poate fi mascată de bolile asociate, examinarea la timp radiologică și a sputei la BAAR.

BIBLIOGRAFIE

1. Alexandru S., Cetulean M., Marcoci L., Paladi K., Sapojnici C., Stoian V. Realizarea Programului Național de Control al Tuberculozei la IMSP Spitalul clinic de Ftiziopneumologie în a. 2004. În: Al III-lea Congres Național de Ftiziopneumologie din Republica Moldova „Actualități în etiologia, patogenia, profilaxia, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și afecțiunilor pulmonare nespecifice”: 27-28 oct. 2005: Art., teze/red.-șef: S. Sofronie. Tipogr. AȘM, Chișinău, 2005: 41-45.
2. Alpert P.L., Munsiff S.S., Gourevitch M.N., Greenberg B., Klein R.S. A prospective study of tuberculosis and human immunodeficiency virus infection: clinical manifestations and factors associated with survival. *Clin Infect Dis*, 1997; 24:661–668.
3. Alva R.V., Coyle C.M., Chandra A. Mycobacterium Bovis infection in a New York City hospital: a case series. *Chest*, 2004; 126(4) Suppl.: 834S.
4. Ambros F. Examenul clinic al bolnavului (Îndrumări metodice pentru studenți). Tip. USMF, Chișinău, 1997, 52 p.
5. Ambros F., Matcovschi S., Caproș N., Dumitraș T. Clinical examination and a case history taking. Pocket guide. CEP “Medicina”, Chișinău, 2005, 73 p.
6. Ambros F., Matcovschi S., Țurcan V., Banari E., Munteanu N., Pușcaș S., Vilc V. Tuberculoza pulmonară în practica internistului În: Materialele conferinței practico-științifice consacrate aniversării 25 ani de activitate a spitalului clinic municipal „Sfânta Treime” 1976-2001. Chișinău, 2001. P.183-186.
7. Ambros F., Matcovschi S., Ustian A., Bonari E., Harea D., Pușcaș S. Tuberculoza pulmonară – cauză de deces într-un spital de larg profil În: Analele științifice ale USMF „N. Testemițanu”. Ed. III, vol 2. Probleme clinico-terapeutice: medicină internă, tradițională, boli infecțioase. Chișinău, 2002: 14-19.
8. American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America: Treatment of tuberculosis. *Am J Respir Crit Care Med*, 2003; 167:603–662.
9. American Thoracic Society: Diagnostic Standards and Classification of Tuberculosis in Adults and Children. *Am J Crit Care Med*, 2000; 161:1376-1395.
10. Atamaniuc D., Manea M. Letalitatea prin tuberculoză pulmonară în spitalul municipal de pneumoftiziologie În: Analele științifice ale USMF „N. Testemițanu”. Ed. III, vol 2. Probleme clinico-terapeutice: medicină internă, tradițională, boli infecțioase. Chișinău, 2002: 41-44.

11. Aubret F., Guittard Ph. Esențial medical de buzunar. Ed. Libra, București, 2002. 989 p.
12. Balica I., Gladun N., Iușco T., Rusu S., Maxim I. Dificultăți diagnostice în tuberculoza pleuropulmonară. În: Al III-lea Congres Național de Ftiziopneumologie din Republica Moldova „Actualități în etiologia, patogenia, profilaxia, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și afecțiunilor pulmonare nespecifice”: 27-28 oct. 2005: Art., teze/red.-șef: S. Sofronie. Tipogr. AȘM, Chișinău, 2005: 209-213.
13. Bangsberg D.R., Crowley K., Moss A., Dobkin J.F., McGregor C., Neu H.C. Reduction in tuberculin skin-test conversions among medical house staff associated with improved tuberculosis infection control practices. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 1997; 18:566–570.
14. Baris E., Ezzati M. Should interventions to reduce respirable pollutants be linked to tuberculosis control programmes? *BMJ*, 2004; 329:1090-1093.
15. Barnhart S., Sheppard L., Beudet N., Stover B., Balmes J. Tuberculosis in health care settings and the estimated benefits of engineering controls and respiratory protection. *J Emerg Med*, 1997; 39:849–854.
16. Barringer T.A., Kirk J.K., Santaniello A.C., Foley K.L., Michielutte R. Effect of a multivitamin and mineral supplement on infection and quality of life. A random-ized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ann Intern Med*, 2003; 138:365-371.
17. Birolleau S., Dautzenberg B. Infection tuberculeuse épidémique en milieu institutionnel: conclusions, synthèse et perspectives. *Rev Pneumol Clin*, 2002, 58, 4S35-4S37.
18. Bjornsson S, Hardardottir I, Gunnarsson E, Haraldsson A. Dietary fish oil supplementation increases survival in mice following *Klebsiella pneumoniae* infection. *Scand J Infect Dis*, 1997; 29(5): 491-493.
19. Blumberg H.M., Watkins D.L., Jeffrey P.A-C., Antle A., Moore P., White N., Hunter M., Green B., Ray S.M., McGowan J.E. Preventing the nosocomial transmission of tuberculosis. *Ann Intern Med*, 1995; 122:658–663.
20. Bolotnicov S., Iavorschi C., Ambroci V., Cozacenco M., Buzodji A., Boian P. Educația medico-sanitară a populației în lupta complexă cu tuberculoza la copii. În: Actualități în epidemiologia, depistarea, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice. Materiale ale conf. șt.-practice anuale a Institutului de ftiziopneumologie (26 octombrie 2001). Articole, teze. Chișinău, 2001, p. 27-31.
21. Borgdorff M.W., Floyd K., Broekmans J.F. Interventions to reduce tuberculosis mortality and transmission in low- and middle-income countries. *WHO Bull*, 2002; 80:217-27.
22. Botnaru V. Bolile aparatului respirator. FEP „Tipografia Centrală”, Chișinău, 2001: 637 p.
23. Botnaru V., Rusu Doina, Panfil Ludmila, Gavriliuc A. Analiza cazurilor de letalitate prin

- tuberculoză în clinica boli interne SCM „Sf. Arhanghel Mihail” În: Instituție Medico-Sanitară Publică Spitalul Clinic Municipal „Sfântul Arhanghel Mihail” 55 ani de asistență medicală în Republica Moldova. Conferința științifico-practică 27 ianuarie 2006. Articole și teze. Ed. „Universul”. Chișinău, 2006, p. 77-82.
24. Bouvet E. Prise en charge et prévention de la tuberculose épidémique en milieu institutionnel. *Rev Pneumol Clin*, 2002, 58, 6-4S33-4S35.
 25. Bradișteanu C., Pisarenco S., Sain D., Zasulschi L. Unele aspecte ale tuberculozei pulmonare chimiorezistente (date preliminare din secția specializată). În: Actualități în diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Articole: (Materialele activității șt.-practice a Inst. de Ftiziopneumologie). Chișinău, 2003, p. 64-66.
 26. Brief Guide on Tuberculosis Control for Primary Health Care Providers. For Countries in the WHO European Region with a High and Intermediate Burden of Tuberculosis. World Health Organization, 2004.
 27. Broekmans J.F., Migliori G.B., Rieder H.L., Lees J., Ruutu P., Loddenkemper R., Raviglione M.C. European framework for tuberculosis control and elimination in countries with a low incidence. Recommendations of the World Health Organization (WHO), International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD) and Royal Netherlands Tuberculosis Association (KNCV) Working Group. *Eur Respir J*, 2002; 19:765-775. (<http://erj.ersjournals.com/cgi/content/full/19/4/765>)
 28. Brumund H.P. Evidence-based decisions in a large tuberculosis investigation in a Virginia hospital. The 133rd Annual Meeting (November 5-9, 2005) of APHA. Abstract #114289.
 29. Burinschi V., Țâmbalari Gh., Crudu V., Lupacescu F., Roșea E. Direcțiile de activitate în implementarea Strategiei DOTS în cadrul realizării Programului Național de control al tuberculozei în ariile pilot pe parcursul a. 2001. În: Actualități în epidemiologia, depistarea, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Materiale ale conf. șt.-practice a ftiziopneumologilor din Republica Moldova (18 septembrie 2002). Articole, teze. Chișinău, 2002, p. 18-21.
 30. Caradja Gh. Foaie de observație clinică (Elaborare metodică). Chișinău, 1990, 22 p.
 31. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations and reports. Guidelines for preventing the transmission of mycobacterium tuberculosis in health-care facilities. *MMWR*, 1994; 43(RR13):1-132.
 32. Cetulean M., Ustian A., Miciurin L., Ciubotaru V., Grosu S., Zaveruha L., Diardiev L. Rezultatele tratamentului DOTS în m.Chușinău. În: Actualități în diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Materialele conferinței a X a

- ftiziopneumologilor din Republica Moldova. Chişinău, 2004, p. 118-120.
33. Chand N., Singh T., Khalsa J.S., Verma V., Rathore J.S. A study of socio-economic impact of tuberculosis on patients and their family. *Chest*, 2004; 126(4) Suppl.: 832S-833S.
 34. Chandra R.K. Effect of vitamin and trace-element supplementation on im-mune responses and infection in elderly subjects. *Lancet*, 1992; 340: 1124-1127. [PMID: 1359211]
 35. Chandra R.K. Nutrition, immunity and infection: From basic knowledge of dietary manipulation of immune responses to practical application of ameliorating suffering and improving survival. *Proc Natl Acad Sci*, 1996; 93, 14304–14307.
 36. Chang H.R., Dulloo A.G., Vladioianu I.R., Piguet P.F., Arsenijevic D., Girardier L., Pechere J.C. Fish oil decreases natural resistance of mice to infection with *Salmonella typhimurium*. *Metabolism*, 1992; 41(1):1-2.
 37. Charlson M., Szatrowski T.P., et al. Validation of a combined comorbidity index. *J Clin Epidemiol*, 1994; 47:1245-1251.
 38. Charlson M.E., Pompei P., et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *J Chron Dis*, 1987; 40:373-383.
 39. Chavance M., Herbeth B., Lemoine A., Zhu B.P. Does multivitamin supple-mentation prevent infections in healthy elderly subjects? A controlled trial. *Int J Vitam Nutr Res*, 1993; 63:11-16. [PMID: 8320052]
 40. China Tuberculosis Control Collaboration. The effect of tuberculosis control in China. *Lancet*, 2004; 364:417-422.
 41. Cobelens F.G.J., van Deutekom H., Draayer-Jansen I.W.E., Schepp-Beelen A.C.H.M., van Gerven P.J.H.J., van Kessel R.M., Mensen M.E.A. Risk of infection with *Mycobacterium tuberculosis* in travellers to areas of high tuberculosis endemicity. *Lancet*, 2000; 356:461-465.
 42. Colebunders R., Lambert M.L. Management of coinfection with HIV and TB. Improving tuberculosis control programmes and access to highly active antiretroviral treatment is crucial. *BMJ*, 2002; 324:802-803.
 43. Coninx R., Maher D., Reyes H., Grzemska Malgosia. Tuberculosis in prisons in countries with high prevalence. *BMJ*, 2000; 320:440-442.
 44. Corbett E.L., Steketee R.W., ter Kuile F.O., Latif A.S., Kamali A., Hayes R.J. HIV-1/AIDS and the control of other infectious diseases in Africa. *Lancet*, 2002; 359:2177-2187.
 45. Counsell S.R., Tan J.S., Dittus R.S. Unsuspected pulmonary tuberculosis in a community teaching hospital. *Arch Intern Med*, 1989; 149:1274-1278.
 46. Covalenco I. Ftiziologie. Ed. „Ştiinţa”, Chişinău, 1993: 142 p.
 47. Covalencu I., Râvneac L., Țâmbalari Gh., Ghinda S., Haidarlî I., Derjavin V. Depistarea

- tuberculozei pulmonare în condițiile patomorfozei contemporane. În: A IX conf. a ftiziopneumologilor din Republica Moldova, consacrată aniversării a 40 ani a Institutului de ftiziopneumologie (1 octombrie 1999). Teze. Chișinău, 1999, p. 48-49.
48. Cowie R.L., Sharpe J.W. Tuberculosis among immigrants: interval from arrival in Canada to diagnosis. A 5-year study in southern Alberta. *CMAJ*, 1998; 158:599-602.
 49. Crudu V., Jambalări Gh., Burinschi V., Golișcev O., Blagodetelev G., Draganov Iu. Tuberculoza multirezistentă: consecințe clinice și epidemiologice. În: Actualități în diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Articole: (Materialele activității șt.-practice a Inst. de Ftiziopneumologie). Chișinău, 2003, p. 231-236.
 50. Crudu V., Țâmbalari Gh., Burinschi V., Golișcev O., Blagodetelev G., Ghinda S., Galan N. Chimiorezistența M. tuberculosis în instituțiile penitenciare. În: Actualități în diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Articole: (Materialele activității șt.-practice a Inst. de Ftiziopneumologie). Chișinău, 2003, p. 245-247.
 51. Crudu V., Țâmbalari Gh., Burinschi V., Vangheli I. Organizarea serviciului microbiologic în cadrul strategiei DOTS. În: Actualități în diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Articole: (Materialele activității șt.-practice a Inst. de Ftiziopneumologie). Chișinău, 2003, p. 52-58.
 52. Crudu V., Țâmbalari Gh., Burinschi V., Golișcev O., Blagodetelev G., Arnadottir Thuridur, Laticevschi D. Prevalența rezistenței primare antituberculoase în R.Moldova în a.2000. În: Actualități în epidemiologia, depistarea, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Materiale ale conf. șt.-practice a ftiziopneumologilor din Republica Moldova (18 septembrie 2002). Articole, teze. Chișinău, 2002, p. 79-81.
 53. Cula E și Boțan D. Diagnosticarea tuberculozei pulmonare în spitalele somatice ale m. Chișinău. În: Analele științifice ale USMF „N. Testemițanu”, vol 2. Probleme clinico-terapeutice: medicină internă, tradițională, boli infecțioase. Chișinău, 2004: 164-166.
 54. Cunițki E., Iavorschi C., Sain D., Emelianov O., Bolotnicov V., Brumari A., Lupacescu F., Mogoreanu E., Mocan V., Pavel V., Luchian M., Elașcu K., Haidarlî I., Radu E., Velixar E. Aprecierea expertizei vitalității la bolnavii de tuberculoză a aparatului respirator – starea actuală a problemei. În: Actualități în diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Materialele conferinței a X a ftiziopneumologilor din Republica Moldova. Chișinău, 2004, p. 26-30.
 55. Dahmash N.S., Fayed D.F., Chowdhury M.N.H., Arora S.C. Diagnostic challenge of tuberculosis of the elderly in hospital: experience at a university hospital in Saudi Arabia. *J Infect*, 1995; 31:93–97.

56. Dai D.L.K., Tang A.W.C, Chan V.K.K., Leung A.C.T. A study on tuberculosis in elderly patients. *J Hong Kong Geriatr Society*, 1994; 5(1):40-44.
57. D'Ambola J.B., Aeberhard E.E., Trang N., Gaffar S., Barrett C.T., Sherman M.P. Effect of dietary (n-3) and (n-6) fatty acids on in vivo pulmonary bacterial clearance by neonatal rabbits. *J Nutr*, 1991; 121:1262-1269.
58. Dandoy S., Hansen R. Tuberculosis care in general hospitals: Arizona's experience. *Am Rev Respir Dis*, 1975; 112(6):757-763.
59. Davies P.D.O. A European framework for effective tuberculosis control. *Eur Respir J*, 2002; 19:590-592.
60. de Colombani P., Banatvala N., Zaleskis R. European framework to decrease the burden of TB/HIV. WHO, 2003. 24 p.(EUR/03/5037600).
61. de Pablo M.A., Puertollano M.A., Alvarez de Cienfuegos G. Biological and Clinical Significance of Lipids as Modulators of Immune System Functions. *Clin Diagn Lab Immunol*, 2002; 9: 945-950.
62. Decludt B. Épidémiologie et clinique de la tuberculose épidémique en milieu institutionnel. *Rev Pneumol Clin*, 2002, 58, 6-4S30-4S39.
63. Degteariov V., Crudu V., Axenti E., Sîrcu S., Doltu S., Gulea O., Vovc V. Monitorizarea epidemiologică a rezistenței antituberculoase la bolnavii din instituțiile penitenciare. În: Al III-lea Congres Național de Ftiziopneumologie din Republica Moldova „Actualități în etiologia, patogenia, profilaxia, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și afecțiunilor pulmonare nespecifice”: 27-28 oct. 2005: Art., teze/red.-șef: S. Sofronie. Tipogr. AȘM, Chișinău, 2005: 77-81.
64. Degteariov V., Luchian Z., Lupacescu F., Sârcu S., Bogataia N., Vatamaniuc A. Determinantele radiologice la bolnavii de tuberculoză, sosiți din instituțiile penitenciare. În: Actualități în diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Materialele conferinței a X a ftiziopneumologilor din Republica Moldova. Chișinău, 2004, p. 90-91.
65. Degteariov V., Lupacescu F., Sârcu S., Bogataia N., Vatamaniuc A. Migrația bolnavilor de tuberculoză: problemele și soluționarea lor. În: Actualități în epidemiologia, depistarea, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Materiale ale conf. șt.-practice a ftiziopneumologilor din Republica Moldova (18 septembrie 2002). Articole, teze. Chișinău, 2002, p. 60-61.
66. Degteariov V., Sârcu S., Axentii E., Bogataia N., Vatamaniuc A. Situația epidemiologică a tuberculozei în instituțiile penitenciare. În: Actualități în diagnosticul și tratamentul

- tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Articole: (Materialele activității șt.-practice a Inst. de Ftiziopneumologie). Chișinău, 2003, p. 80-84.
67. DeRiemer K., García-García L., Bobadilla-del-Valle M., Palacios-Martínez M., Martínez-Gamboa A., MSmall P., Sifuentes-Osornio J., Ponce-de-León A. Does DOTS work in populations with drug-resistant tuberculosis? *Lancet*, 2005; 365:1239-1245.
 68. Déruaz J., Zellweger J.P. Directly observed therapy for tuberculosis in a low prevalence region: first experience at the Tuberculosis Dispensary in Lausanne. *Swiss Med Wkly*, 2004;134:552-558.
 69. Dion M.J., Tousignant P., Bourbeau J., Menzies D., Schwartzman K. Feasibility and reliability of health-related quality of life measurements among tuberculosis patients. *Qual Life Res*, 2004; 13:653-665.
 70. Doltu S., Zlepca V., Vovc V., Gulea O. Unele aspecte epidemiologice ale recidivelor tuberculozei pulmonare în penitenciar. În: Al III-lea Congres Național de Ftiziopneumologie din Republica Moldova „Actualități în etiologia, patogenia, profilaxia, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și afecțiunilor pulmonare nespecifice”: 27-28 oct. 2005: Art., teze/red.-șef: S. Sofronie. Tipogr. AȘM, Chișinău, 2005: 81-84.
 71. DOTS Expansion Plan to Stop TB in the WHO European Region 2002-2006. WHO, 2002. 46 p.
 72. Dutt A.K., Stead W.W. Tuberculosis in the elderly. *Med clin North Amer*, 1993;77:1353-68.
 73. Dye C, Garnett GP, Sleeman K, Williams BG. Prospects for worldwide tuberculosis control under the WHO DOTS strategy. *Lancet*, 1998;352:1886-91.
 74. Edlin B.R., Tokars J.I., Grieco M.H., Crawford J.T., Williams J., Sordillo E.M., Ong K.R., Kilburn J.O., Dooley S.W., Castro K.G., et al. An outbreak of multi-drug resistant tuberculosis among hospitalized patients with the acquired immunodeficiency syndrome. *N Engl J Med*, 1992; 326:1514-1521.
 75. El-Kadiki A., Sutton A.J. Role of multivitamins and mineral supplements in preventing infections in elderly people: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 2005; 330: 871; originally published online 31 Mar 2005; doi:10.1136 / bmj.38399.495648.8F
 76. Emelianov O. Aspecte epidemiologice ale tuberculozei în ultimii 10 ani. În: A IX conf. a ftiziopneumologilor din Republica Moldova, consacrată aniversării a 40 ani a Institutului de ftiziopneumologie (1 octombrie 1999). Teze. Chișinău, 1999, p. 50.
 77. Emelianov O., Iavorschi C., Cunifki E., Bolotnicov V., Brumari A., Derjavin V., Popov D., Chipric N., Cernit V., Barbuța R., Creciun A., Țurcanu L., Jero E., Graur S. Incapacitatea

- temporară de muncă și invaliditatea la bolnavii de tuberculoză și maladii pulmonare nespecifice. În: Actualități în diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Materialele conferinței a X a ftiziopneumologilor din Republica Moldova. Chișinău, 2004, p. 58-64.
78. Emelianov O., Iavorschi C., Cunițchii E., Bolotnicov V., Brumari A., Mogoreanu E., Crivenco G., Derjavin V., Popov D., Cernit V., Barbuță R., Creciun A., Graur S., Jero E. Starea medico-socială a bolnavilor de tuberculoză a aparatului respirator și incapacitatea de muncă. În: Al III-lea Congres Național de Ftiziopneumologie din Republica Moldova „Actualități în etiologia, patogenia, profilaxia, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și afecțiunilor pulmonare nespecifice”: 27-28 oct. 2005: Art., teze/red.-șef: S. Sofronie. Tipogr. AȘM, Chișinău, 2005: 30-35.
 79. Emelianov O., Iavorschi C., Bolotnicov V., Cunițchi E., Brumari A., Mogoreanu E., Graur S., Jero E. Starea medico-socială și incapacității de muncă temporară și persistentă a bolnavilor de tuberculoză pulmonară. În: Actualități în diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Articole: (Materialele activității șt.-practice a Inst. de Ftiziopneumologie). Chișinău, 2003, p. 72-75.
 80. Enarson D.A. Tuberculosis: 12. Global disease and the role of international collaboration. *CMAJ*, 2000; 162:57-61.
 81. Enarson D.A., Kennedy S.M., Miller D.L., Bakke P. Research Methods for Promotion of Lung Health. A guide to protocol development for low-income countries. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Les Editions de l'Aulne, Paris, 2001: 137 p.
 82. European health for all database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, 2005. (www.euro.who.int/HFADB).
 83. Fawzi W., Stampfer M.J. A Role for Multivitamins in Infection? *Ann Int Med*, 2003; 138(5): 430-432.
 84. Fischl M.A., Uttamchandani R.B., Daikos L., Poblete R.B., Moreno J.N., Reyes R.R., Boota A.M., Thompson L.M., Cleary T.J., Oldham S.A., et al. An outbreak of tuberculosis caused by multiple-drug resistant tubercle bacilli among patients with HIV infection. *Ann Intern Med*, 1992; 117:177-183.
 85. FitzGerald J.M., Houston S. Tuberculosis: 8. The disease in association with HIV infection. *CMAJ*, 1999; 161:47-51.
 86. Fourth Meeting of National Tuberculosis Programme Managers. Report on a WHO Meeting. Helsinki, Finland. 8-10 June 2000. WHO, 2000. (EUR/00/5017613).
 87. Frieden T.R., Sterling T.R., Munsiff S.S., Watt C.J., Dye Ch. Tuberculosis. *Lancet*, 2003;

- 362:887-899.
88. Furey W.W., Stefancic M.F. Tuberculosis in a community hospital. A five-year review. *JAMA*, 1976; 235(2): 168–171.
 89. Furin J.J., Johnson J.L. Recent Advances in the Diagnosis and Management of Tuberculosis. *Curr Opin Pulm Med*, 2005; 11(3): 189-194.
 90. Garner P., Volmink J. Directly observed treatment for tuberculosis. Less faith, more science would be helpful. *BMJ*, 2003;327: 823-824.
 91. Gennari R., Alexander J.W., Eaves-Pyles T. Effect of different combinations of dietary additives on bacterial translocation and survival in gut-derived sepsis. *J Parenter Enteral Nutr*, 1995; 19(4):319-325.
 92. Georgescu D. Semiologie medicală. Ed. Național, 1999, 1290 p.
 93. Gherbiș T., Pisarenco S., Zaveriuha L. Tuberculoza la bolnavii decedați în staționar specializat în termen scurt. În: Analele științifice ale USMF „N. Testemițanu”, vol 2. Probleme clinico-terapeutice: medicină internă, tradițională, boli infecțioase. Chișinău, 2004: 157-159.
 94. Gîțu R., Eșanu N., Bărbuță R., Dubceac V., Lungu D. Particularitățile proceselor pulmonare diseminate la pacienții tratați în secția nr.1 a DFP Bălți în perioada 2002-2004. În: Al III-lea Congres Național de Ftiziopneumologie din Republica Moldova „Actualități în etiologia, patogenia, profilaxia, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și afecțiunilor pulmonare nespecifice”: 27-28 oct. 2005: Art., teze/red.-șef: S. Sofronie. Tipogr. AȘM, Chișinău, 2005: 84-86.
 95. Graat J.M., Schouten E.G., Kok F.J. Effect of daily vitamin E and multivitamin-mineral supplementation on acute respiratory tract infections in elderly persons: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2002; 288:715-721. [PMID: 12169075]
 96. Granich R., Wares F., Suvanand S., Chauhan L.S. Tuberculosis control in India. *Lancet Infect Dis*, 2003; 3: 535.
 97. Greenaway Ch., Menzies D., Fanning A., Grewal R., Yuan L., FitzGerald J.M., and The Canadian Collaborative Group in Nosocomial Transmission of Tuberculosis. Delay in Diagnosis among Hospitalized Patients with Active Tuberculosis—Predictors and Outcomes. *Am J Respir Crit Care Med*, 2002; 165: 927–933.
 98. Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium tuberculosis in Health-Care Facilities, 1994. *MMWR*, 1994; 43(RR13):1-132.
 99. Guidelines for the Classification and Design of Isolation Rooms in Health Care Facilities. 1999: 18 p. (www.dhs.vic.gov.au/phd/9906058a/index.htm).
 100. Guidelines for the prevention of tuberculosis in health care facilities in resource-limited

- settings. WHO, 1999: 52 p. (WHO/CDS/TB/99.269).
101. Haidarlî I., Atamanduc D., Tudor E., Sain D., Țâmbalari V., Gore S., Popov D. Tuberculoza ca cauză a decesului. În: Al III-lea Congres Național de Ftiziopneumologie din Republica Moldova „Actualități în etiologia, patogenia, profilaxia, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și afecțiunilor pulmonare nespecifice”: 27-28 oct. 2005: Art., teze/red.-șef: S. Sofronie. Tipogr. AȘM, Chișinău, 2005: 131-136.
 102. Haidarlî I., Elașcu N., Sain D., Țâmbalari V., Rotari Gh., Velixar E. Mortalitatea prin tuberculoză în aa. 1995-1998. În: Actualități în diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Articole: (Materialele activității șt.-practice a Inst. de Ftiziopneumologie). Chișinău, 2003, p. 66-72.
 103. Haidarlî I., Gore S., Țâmbalari V., Atamanciuc D., Elașcu N., Guțuleac N., Francovschi V., Sain D., Guțuleac S. Particularitățile deceselor prin alte boli și cauze ale bolnavilor de tuberculoză. În: Actualități în diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Materialele conferinței a X a ftiziopneumologilor din Republica Moldova. Chișinău, 2004, p. 48-55.
 104. Haidarlî I., Sain D., Gore S. Particularitățile deceselor prin tuberculoză și complicațiile ei. În: Actualități în epidemiologia, depistarea, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Materiale ale conf. șt.-practice a ftiziopneumologilor din Republica Moldova (18 septembrie 2002). Articole, teze. Chișinău, 2002, p. 55-59.
 105. Haidarlî I., Țâmbalari V., Gore S., Cardaniuc A., Elașcu N., Velixar E., Mocan V., Țâmbalari T. Particularitățile deceselor bolnavilor de tuberculoză. În: Actualități în epidemiologia, depistarea, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Materiale ale conf. șt.-practice a ftiziopneumologilor din Republica Moldova (18 septembrie 2002). Articole, teze. Chișinău, 2002, p. 33-39.
 106. Hansel N.N., Wu A.W., Chang B., Diette G.B. Quality of life in tuberculosis: patient and provider perspectives. *Qual Life Res*, 2004;13:639–652.
 107. Harries A.D., Hargreaves N.J., Kemp J., Jindani A., Enarson D.A., Maher D., Salaniponi F.M. Deaths from tuberculosis in sub-Saharan African countries with a high prevalence of HIV-1. *Lancet*, 2001; 357:1519-1523.
 108. Hawker J.I., Bakhshi S.S., Ali S., Farrington C.P. Ecological analysis of ethnic differences in relation between tuberculosis and poverty. *BMJ*, 1999;319:1031-1034.
 109. Health Canada. Guidelines for preventing the transmission of tuberculosis in Canadian Health Care facilities and other institutional settings. Ottawa: Canadian Communicable Disease Reports; 1996. p. 1–50.

110. Hiraoka H., Hashimoto K., Akiyama A., Abe T., Fujiwara H., Yamai Y., Motomura I., Okuyama S., Nagao K. Management of mycobacteriosis in general hospital without isolation ward for tuberculosis patients. 2. The problems of management of the patients diagnosed pulmonary tuberculosis after admission to the respiratory ward of university hospital having no an isolation ward for the tuberculous patients. *Kekkaku*, 1999; 74(2):133-137.
111. Hugli O., Fitting J.W. Alterations in metabolism and body composition in chronic respiratory diseases. In: Nutrition and Metabolism in Chronic Respiratory Disease. European Respiratory Monograph 2003, Vol., 8 Issue (24), 11-22.
112. Iavorschi C., Bolotnicov V., Emelianov O., Brumaru A., Oprea A., Ciobanu E., Varvariuc R., Boian P., Cazacenco M., Graur S., Jero E., Boian V. Referitor la activitatea în focarele de tuberculoză și căile de optimizare la etapa actuală. În: Actualități în diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Articole: (Materialele activității șt.-practice a Inst. de Ftiziopneumologie). Chișinău, 2003, p. 19-22.
113. Iavorschi C., Emilianov O., Vangheli I., Bolotniocov V., Brumari A., Iavorschi E., Oprea A., Barbuta R., Ivanov A., Țurcan L., Graur S., Cazacenco M. Noul fișier de dispensarizare a bolnavilor cu tuberculoza aparatului respirator. În: Actualități în epidemiologia, depistarea, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Materiale ale conf. șt.-practice a ftiziopneumologilor din Republica Moldova (18 septembrie 2002). Articole, teze. Chișinău, 2002, p. 21-26.
114. Iavorschi C., Oprea A. Aspectele psihosociale ale tuberculozei. În: Actualități în epidemiologia, depistarea, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice. Materiale ale conf. șt.-practice anuale a Institutului de ftiziopneumologie (26 octombrie 2001). Articole, teze. Chișinău, 2001, p. 158-159.
115. Iftimovici R. Istoria medicinei. Ed. ALL, București, 1995: 370 p.
116. Ismail Y. Tuberculosis – Are We Missing the Diagnosis? *Singapore Med J*, 2002; 43(4): 172-176.
117. IUATLD and WHO. Control of tuberculosis transmission in health care setting: a joint statement of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD) and the Tuberculosis Programme of the World Health Organization. Paris, France: IUAT; 1993.
118. Kako K., Sakakibara H., Satou M., Kamidaira T., Suetsugu S. Actual status of the management of tuberculosis patients in a university hospital without isolation wards for infectious diseases. *Kekkaku*, 1997; 72(6):395-401.
119. Kako K., Sakakibara H., Satou M., Suetsugu S. Management of mycobacteriosis in general hospital without isolation ward for tuberculosis patients. 4. Actual status of the management of

- tuberculosis patients in a university hospital without isolation wards for infectious diseases. *Kekkaku*, 1999; 74(2):145-150.
120. Kassa-Kelembho E., Mbolidi C.D., Service Y.B., Morvan J., Minssart P. Bacteremia in adults admitted to the Department of Medicine of Bangui Community Hospital (Central African Republic). *Acta Trop*. 2003; 89(1):67-72.
 121. Kellerman S., Tokars J.I., Jarvis W.R. The cost of selected tuberculosis control measures at hospitals with a history of Mycobacterium tuberculosis outbreaks. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 1997; 18:542–547.
 122. Kikuchi N., Igari H., Kawashima T., Onozaki I., Shirasawa T. Diagnosis of pulmonary tuberculosis in general hospital "a study of 114 cases". *Kekkaku*, 1992; 67(7):495-507.
 123. Kobashi Y., Yoneyama H., Okimoto N, Matsushima T, Soejima R. Transitional pattern of the clinical features of patients with pulmonary tuberculosis in a community hospital. *Kekkaku*, 2000; 75(8):499-504.
 124. Kramer F., Modilevsky T., Waliany A.R., Leedom J.M., Barnes P.F. Delayed diagnosis of tuberculosis in patients with human immuno-deficiency virus infection. *Am J Med*, 1990; 89:451–456.
 125. L'Ecuyer P.B., Woeltje K.F., Seiler S.M., Fraser V.J. Management and outcome of tuberculosis in two St. Louis hospitals, 1988 to 1994. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 1998; 19:836–841.
 126. Laniado-Laborin R., Cabrales-Vargas N. Tuberculosis in Health Care Workers at a General Hospital in Tijuana, Mexico. *Chest*, 2004; 126(4) Suppl.: 832S.
 127. Lee S.W., Kim D.K., Ko D.S., Yoo Chul-Gyu, Han S.K., Shim Young-Soo, Yim Jae-Joon, Kim Y.W. Prevalence and evolution of anemia in patients with tuberculosis. *Chest*, 2004; 126(4) Suppl.: 835S.
 128. Levy H., Kallenbach J.M., Deldman C., Thorburn J.R., Abramowitz J.A. Acute respiratory failure in active tuberculosis. *Crit Care Med*, 1987; 15:221–225.
 129. Liam C.K., Tang B.G. Delay in the diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis in patients attending a university teaching hospital. *Int J Tuberc Lung Dis*, 1997; 1:326–332.
 130. Liaw Y-S., Yang P-C., Yu C-J., Wu Z-G., Chang D-B., Lee L-N., Kuo S-H., Luh K-T. Clinical spectrum of tuberculosis in older patients. *JAGS*, 1995; 43:256–260.
 131. Lienhardt C., Fielding K., Sillah J., Tunkara A., Donkor S., Manneh K., Warndorff D., McAdam K.P., Bennett S. Risk factors for tuberculosis infection in sub-Saharan Africa: a contact study in The Gambia. *Am J Respir Crit Care Med*, 2003;168:448–455.
 132. Lifson A.R. Mycobacterium tuberculosis infection in travellers: tuberculosis comes home.

- Lancet*, 2000; 356:422.
133. LoBue P.A., Moser K.S. Use of isoniazid for latent tuberculosis infection in a public health clinic. *Am J Respir Crit Care Med*, 2003;168:443–447.
 134. Long R., Njoo H., Hershfield E. Tuberculosis: 3. Epidemiology of the disease in Canada. *CMAJ*, 1999;160:1185-1190.
 135. Macia Escalante S., Ramos Rincon J.M., Gallego Plaza J., Rodriguez Lescure A., Sanchez Sevillano A., Escolano Hortelano M.C. Tuberculosis and cancer. Experience of a general hospital. *An Med Interna*, 2004; 21(9):441-443.
 136. Maloney S.A., Pearson M.L., Gordon M.T., Del Castillo R., Boyle J.F., Jarvis W.R. Efficacy of control measures in preventing nosocomial transmission of multidrug-resistant tuberculosis to patients and health care workers. *Ann Intern Med*, 1995; 122:90–95.
 137. Marra C.A., Marra F., Cox Victoria C., Palepu Anita, Fitzgerald J.M. Factors influencing quality of life in patients with active tuberculosis. *Health Qual Life Outcomes*, 2004; 2:58. (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=526389>).
 138. Mathur P., Sacks L., Auten G., Sall R., Levy C., Gordin F. Delayed diagnosis of pulmonary tuberculosis in city hospitals. *Arch Intern Med*, 1994; 154:306–310.
 139. Matsumura T., Watanabe K. Management of mycobacteriosis in general hospital without isolation ward for tuberculosis patients. 1. Diagnosis and treatment of mycobacterial diseases in a community general hospital. *Kekkaku*, 1999; 74(2):129-131.
 140. Mc Gillis J.P. White Adipose Tissue, Inert No More! *Endocrinology*, 2005; 146(5):2154-2156.
 141. Meel B.L. Prevalence of pulmonary tuberculosis among former minerworkers in Transkei, *South Africa*. *Chest*, 2004; 126(4) Suppl.: 836S.
 142. Menzies D., Fanning A., Yuan L., FitzGerald J.M. Factors associated with tuberculin conversion in Canadian microbiology and pathology workers. *Am J Respir Crit Care Med*, 2003;167:599–602.
 143. Menzies R.I., Fanning A., Yuan L. Tuberculosis among health care workers. *N Engl J Med*, 1995; 332:92–98.
 144. Menzies R.I., Fanning A., Yuan L., FitzGerald J.M. Hospital ventilation and risk of tuberculous infection in Canadian Health Care Workers. *Ann Intern Med*, 2000; 133:779–789.
 145. Minakuchi M., Mochizuki Y., Nakahara Y., Kawanami R., Kawamura T., Tsuyuguchi K., Kimoto T. A study on cases diagnosed as pulmonary tuberculosis after admission to the general hospital lacking tuberculosis ward. *Kekkaku*, 1996; 71(1):1-5.
 146. Moran G.J., McCabe F., Morgan M.T., Talan D.A. Delayed recognition and infection control for tuberculosis patients in the emergency department. *Ann Emerg Med*, 1995; 26:290–295.

147. Mureșan P. Manual de metode matematice în analiza stării de sănătate. Editura medicală, București, 1989, 287 p.
148. Mureșan P. Metode matematice în clinica, laborator și ocrotirea sănătății. Editura medicală, București, 1976, 290 p.
149. Nalivaico N. Evaluarea activității spitalelor de ftiziopneumologie în cadrul realizării Programului Național de control al tuberculozei. În: Actualități în diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Articole: (Materialele activității șt.-practice a Inst. de Ftiziopneumologie). Chișinău, 2003, p. 48-52.
150. Nalivaico N., Chiriac L. Referitor la organizarea alimentației în instituțiile de ftiziopneumologie la etapa actuală. În: Actualități în diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Articole: (Materialele activității șt.-practice a Inst. de Ftiziopneumologie). Chișinău, 2003, p. 84-89.
151. Nalivaico N., Priscu V. Depistarea tuberculozei în sistemul reformelor asistenței medicale primare. În: Al III-lea Congres Național de Ftiziopneumologie din Republica Moldova „Actualități în etiologia, patogenia, profilaxia, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și afecțiunilor pulmonare nespecifice”: 27-28 oct. 2005: Art., teze/red.-șef: S. Sofronie. Tipogr. AȘM, Chișinău, 2005: 136-138.
152. Nalivaico N., Țâmbalari Gh., Bradișteanu C., Groza Gh., Marcenco Iu., Râvneac L., Țâmbalari V. Implementarea Programului Național de Control al tuberculozei în cadrul Institutului de Ftiziopneumologie. În: Actualități în diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Materialele conferinței a X a ftiziopneumologilor din Republica Moldova. Chișinău, 2004, p. 120-124.
153. Nalivaico N., Țâmbalari Gh., Sain D., Râvneac L., Bradișteanu C. Cu privire la activitatea staționarelor de ftiziopneumologie în cadrul implementării Programului Național de control al tuberculozei în RM pentru 2001-2005. În: Actualități în epidemiologia, depistarea, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Materiale ale conf. șt.-practice a ftiziopneumologilor din Republica Moldova (18 septembrie 2002). Articole, teze. Chișinău, 2002, p. 123-130.
154. Nalivaico N., Țâmbalari Gh., Vangheli I., Burinschi V., Moscovciuc A., Damaschin Gh., Brăguța R., Cuporițchi B. Sarcinile medicinei primare în realizarea Programului Național de Control al tuberculozei în Moldova. În: Actualități în epidemiologia, depistarea, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Materiale ale conf. șt.-practice a ftiziopneumologilor din Republica Moldova (18 septembrie 2002). Articole, teze. Chișinău, 2002, p. 26-32.

155. Nalivaico N., Țâmbalari Gh., Vangheli I., Sain D., Burinschi V., Braguța R. Responsabilitățile serviciului de medicină primară în diagnosticul și tratamentul bolnavilor de tuberculoză. În: Actualități în epidemiologia, depistarea, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice. Materiale ale conf. șt.-practice anuale a Institutului de ftiziopneumologie (26 octombrie 2001). Articole, teze. Chișinău, 2001, p. 72-73.
156. National Tuberculosis Programme Managers' Meeting. Report on the fifth meeting. Wolfheze, Netherlands, 7–9 June 2002. World Health Organization, 2002: 27 p. (EUR/02/5037612).
157. Nguyen D., Proulx J.F., Westley J., Thibert L., Dery S., Behr M.A. Tuberculosis in the Inuit community of Quebec, Canada. *Am J Respir Crit Care Med*, 2003; 168:1353–1357.
158. Nosocomial Transmission of *Mycobacterium tuberculosis* Found Through Screening for Severe Acute Respiratory Syndrome --- Taipei, Taiwan, 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 2004; 53(15):321-322.
159. Orellana C. Russia learns to cope with tuberculosis. *Lancet Infect Dis*, 2002; 2: 324.
160. Pablos-Mendez A., Sterling T., Frieden T.R. The relationship between delayed or incomplete treatment and all-cause mortality in patients with tuberculosis. *JAMA*, 1996; 276:1223–1228.
161. Palihovici C. Despre problemele psihologice ale bolnavilor cu eficiența de tratament scăzută a tuberculozei pulmonare. În: Actualități în epidemiologia, depistarea, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice. Materiale ale conf. șt.-practice anuale a Institutului de ftiziopneumologie (26 octombrie 2001). Articole, teze. Chișinău, 2001, p. 159-162.
162. Palihovici C. Incompliance diagnostică, terapeutică și recuperatorie în cadrul tuberculozei pulmonare. În: Actualități în diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Materialele conferinței a X a ftiziopneumologilor din Republica Moldova. Chișinău, 2004, p. 186-192.
163. Palihovici C., Nacu A., Sain D. Repere psihodiagnostice și terapeutice la problema persoanelor "non-cooperante" în tabloul clinic al tuberculozei pulmonare. În: Actualități în diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Articole: (Materialele activității șt.-practice a Inst. de Ftiziopneumologie). Chișinău, 2003, p. 167-173.
164. Paolo W.F., Nosanchuk J.D. Tuberculosis in New York city: recent lessons and a look ahead. *Lancet Infect Dis*, 2004; 4:287-293.
165. Paul K.P., Leichsenring M., Pfisterer M., Mayatepek E., Wagner D., Domann M., Sonntag H.G., Bremer H.J. Influence of n-6 and n-3 polyunsaturated fatty acids on the resistance to experimental tuberculosis. *Metabolism*, 1997; 46(6):619-624.
166. Pearson M.L., Jereb J.A., Frieden T.R., Crawford J.T. Nosocomial transmission of multi-drug

- resistant Mycobacterium tuberculosis: a risk to patients and health care workers. *Ann Intern Med*, 1992; 117:191–196.
167. Peck M.D., Alexander J.W., Ogle C.K., Babcock G.F. The effect of dietary fatty acids on response to Pseudomonas infection in burned mice. *J Trauma*, 1990; 30:445-452.
 168. Penner C., Roberts D., Kunimoto D., Manfreda J., Long R. Tuberculosis as a primary cause of respiratory failure requiring mechanical ventilation. *Am J Respir Crit Care Med*, 1995; 151:867–872.
 169. Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO expert committee. *WHO Tech Rep Ser*, 1995; 854:1-452.
 170. Pisarenco N. Particularitățile examenului radiologic în condițiile noi de combatere a tuberculozei. În: Actualități în diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Articole: (Materialele activității șt.-practice a Inst. de Ftiziopneumologie). Chișinău, 2003, p. 115-117.
 171. Pisarenco N., Sain D. Depistarea proceselor infiltrative specifice în condițiile noi de combatere a tuberculozei. În: Actualități în diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Articole: (Materialele activității șt.-practice a Inst. de Ftiziopneumologie). Chișinău, 2003, p. 100-106.
 172. Pisarenco N., Sain D., Crudu V. Corelații radio-microbiologice în tuberculoza infiltrativă pulmonară. În: Actualități în epidemiologia, depistarea, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Materiale ale conf. șt.-practice a ftiziopneumologilor din Republica Moldova (18 septembrie 2002). Articole, teze. Chișinău, 2002, p. 105-112.
 173. Pisarenco N., Sain D., Cucu M., Ivanov M. Corelații clinico-radiologice a proceselor infiltrativ-pneumonice specifice în condițiile actuale. În: Actualități în epidemiologia, depistarea, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice. Materiale ale conf. șt.-practice anuale a Institutului de ftiziopneumologie (26 octombrie 2001). Articole, teze. Chișinău, 2001, p. 111-114.
 174. Pisarenco S., Sain D. Sistemul medicinei probatorii în ftiziologie. În: Actualități în diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Articole: (Materialele activității șt.-practice a Inst. de Ftiziopneumologie). Chișinău, 2003, p. 58-60.
 175. Popescu M., Stoicescu I.P., Didulescu C. Pneumologie clinică. Ed. Universității „Lucian Blaga”, Sibiu, 1999. 327 p.
 176. Postma D.S. Gender differences in the natural history of pulmonary diseases. In: Respiratory Diseases in Women. Ed. by Buist S., Mapp C.E. *Eur Respir Mon*, 2003, 25, vol. 8: 74-81.

177. Prieto S., Guillen V., Garcia-Ruiz F., Fernandez-Saez R., Palenque E., Garzon A. Tubercular disease in a general hospital. Apropos of 445 cases. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 1990; 8(5):263-269.
178. Programul Național de control al tuberculozei în Republica Moldova pentru anii 2001-2005. Aprobat prin hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 559 din 28 iunie 2001. Chișinău, 2001.
179. Programul Național de control și profilaxie a tuberculozei pentru anii 2006-2010. Aprobat prin hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 1409 din 30 decembrie 2005. Chișinău, 2005.
180. Raad I., Cusick J., Sherertz R.J., Sabbagh M., Howell N. Annual tuberculin skin testing of employees at a university hospital: a cost-benefit analysis. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 1989; 10:465-468.
181. Ramaswamy R., Corpuz M., Hewlett D. Tuberculosis surveillance of community hospital employees. A recommended strategy. *Arch Intern Med*, 1995; 155(15):1637-1639.
182. Raviglione M.C., O'Brien R.J. Tuberculoza. În: Harrison – Principiile medicinei interne. Ed. a II-a în limba română. Vol. 1. București, Ed. Teora, 2001: 1109-1121.
183. Raviglione M.C., Pio A. Evolution of WHO policies for tuberculosis control, 1948-2001. *Lancet* 2002; 359:775-80.
184. Recesiunea, Recuperarea și Saracia în Moldova. Raport nr. 28024-MD. Noiembrie 2004. Document al Bancii Mondiale. Chisinau, 2004, 54 p.
185. Ribeiro S.A., Matsui T.N. Admission for tuberculosis to a university hospital. *J Pneumol*, 2003; 29(1): 9-14).
186. Richet H. Épidémiologie des infections respiratoires en milieu institutionnel (dépistage et prise en charge). *Rev Pneumol Clin*, 2002, 58, 6-4S3-4S10.
187. Rîvneac L., Crivenco G., Nepoliuc L., Bugaian V., Jurja L. Caracteristică contemporană a formelor de tuberculoză acut progresante. În: Al III-lea Congres Național de Ftiziopneumologie din Republica Moldova „Actualități în etiologia, patogenia, profilaxia, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și afecțiunilor pulmonare nespecifice”: 27-28 oct. 2005: Art., teze/red.-șef: S. Sofronie. Tipogr. AȘM, Chișinău, 2005: 220-222.
188. Rodger A., Jaffar S., Paynter S., Hayward A., Carless J., Maguire Helen. Delay in the diagnosis of pulmonary tuberculosis, London, 1998-2000: analysis of surveillance data. *BMJ*, 2003; 326:909-910.
189. Rodrigo T., Cayla J.A., Galdos Tanguis H., Garcia de Olalla P., Brugal M.T., Jansa J.M. Proposing indicators for evaluation of tuberculosis control programmes in large cities based on the experience of Barcelona. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2001; 5:432-40.

190. Roșca E. Caracteristica tuberculozei pulmonare distructive din anii 1994-1998. În: A IX conf. a ftiziopneumologilor din Republica Moldova, consacrată aniversării a 40 ani a Institutului de ftiziopneumologie (1 octombrie 1999). Teze. Chișinău, 1999, p. 52.
191. Ruddy M., Balabanova Y., Graham C., Fedorin I., Malomanova N., Elisarova E., Kuznetznov S., Gusarova G., Zakharova S., Melentyev A., Krukova E., Golishevskaya V., Erokhin V., Dorozhkova I., Drobniowski F. Rates of drug resistance and risk factor analysis in civilian and prison patients with tuberculosis in Samara Region, Russia. *Thorax*, 2005; 60:130-135.
192. Sahebajami H. Effects of nutritional depletion on lung parenchima. In: Nutrition and Metabolism in Chronic Respiratory Disease. *European Respiratory Monograph*, 2003, Vol., 8 Issue (24), 113-122.
193. Sain D., Pisarenco N., Țâmbalari Gh., Climașevschi Iu. Cu privire la tuberculoza pulmonară la persoanele infectate cu virusul HIV. În: Actualități în diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Materialele conferinței a X a ftiziopneumologilor din Republica Moldova. Chișinău, 2004, p. 115-118.
194. Sain D., Sofronie S., Burinschi V., Iavorschi C., Nalivaico N., Țâmbalari Gh., Haidarlî I. Situația epidemiologică și realizarea Programului Național de Control al tuberculozei. În: Al III-lea Congres Național de Ftiziopneumologie din Republica Moldova „Actualități în etiologia, patogenia, profilaxia, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și afecțiunilor pulmonare nespecifice”: 27-28 oct. 2005: Art., teze/red.-șef: S. Sofronie. Tipogr. AȘM, Chișinău, 2005: 19-26.
195. Sain D., Țâmbalari Gh., Haidarlî I., Răvneac L., Tudos T., Crivenco G., Jurja L., Bugoian V., Burinschi V., Țâmbalari V., Bradiștean C., Nepoliuc L. Caracteristica clinico-radiologică a recidivelor de tuberculoză pulmonară. În: Actualități în diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Materialele conferinței a X a ftiziopneumologilor din Republica Moldova. Chișinău, 2004, p. 73-75.
196. Sain D., Țâmbalari Gh., Răvneac L., Crudu V., Haidarlî I., Burinschi V., Bradiștean C. Caracteristicile și rezultatele tratamentului tuberculozei pulmonare chimiorezistente. În: Actualități în diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Articole: (Materialele activității șt.-practice a Inst. de Ftiziopneumologie). Chișinău, 2003, p. 122-129.
197. Sánchez-Pérez H.J., Flores-Hernández J.A., Jansá J.M., Caylá J.A., Martín-Mateo M. Pulmonary tuberculosis and associated factors in area of high level of poverty in Chiapas, Mexico. *Int J Epidemiol*, 2001; 30:386-393.
198. Schberg T., Rebhan K., Lode H. Risk factors for side effects of isoniazid, rifampin and

- pyrazinamide in patients hospitalized for pulmonary tuberculosis. *Eur Resp J*, 1996; 9:2026-2030.
199. Schwartzman K., Menzies D. Tuberculosis: 11. Nosocomial disease. *CMAJ*, 1999; 161(10):1271-7.
 200. Scott B., Schmid M., Nettleman M.D. Early identification and isolation of inpatients at high risk for tuberculosis. *Arch Intern Med*, 1994; 154:326–330.
 201. Sharma S. K., Mohan A., Sharma A., Mitra D.K. Miliary tuberculosis: new insights into an old disease. *Lancet Infect Dis*, 2005; 5:415-430.
 202. Sherman L.F., Fujiwara P.I., Cook S.V., Bazerman L.B., Frieden T.R. Patient and health care system delays in the diagnosis and treatment of tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis*, 1999; 3:1088–1095.
 203. Sofronie S., Nalivaico N., Iavorschi C., Sain D., Burinschi V. Situația epidemiologică a tuberculozei în Republica Moldova și sarcinile serviciului de ftiziopneumologie. În: Al III-lea Congres Național de Ftiziopneumologie din Republica Moldova „Actualități în etiologia, patogenia, profilaxia, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și afecțiunilor pulmonare nespecifice”: 27-28 oct. 2005: Art., teze/red.-șef: S. Sofronie. Tipogr. AȘM, Chișinău, 2005: 13-19.
 204. Sony A.El., Beyers N., Enarson D.A., Chan-Yeung M. Tuberculosis in women. In: *Respiratory Diseases in Women*. Ed. by Buist S., Mapp C.E. *Eur Respir Mon*, 2003, 25, vol. 8: 152-166.
 205. Stead W.W., Dutt A.K. Tuberculosis in elderly persons. *Annu Rev Med*, 1991;42:267-76.
 206. Sterlind T.R., Biahai W.R., Harrington S., Gershon R.R., Chaisson R.E. Transmission of *Mycobacterium tuberculosis* from a Cadaver to an Embalmer. *N Eng J Med*, 2000; 342(4): 246- 248.
 207. Surveillance of Tuberculosis in Europe – EuroTB. Report on tuberculosis cases notified in 2001. Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, 2003: 120 p.
 208. TB Manual. National Tuberculosis Programme Guidelines. Warsaw, 2001: 102 p.
 209. TB/HIV research priorities in resource-limited settings. Report of an expert consultation 14-15 February 2005. WHO, Geneva, 2005: 18 p. (WHO/HTM/TB/2005.355; WHO/HIV/2005.03)
 210. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. (17th Edition, illustrated, on CD-ROM). Published by Merck Research Laboratories Division of Merck & Co., Inc. Whitehouse Station, N.J., 1999.
 211. The PIH Guide to the Community-Based Treatment of HIV in Resource-Poor Settings. XV International AIDS Conference. Bangkok Edition, 2004: 230 p.

212. The PIH Guide to the Medical Management of Multidrug-Resistant Tuberculosis. International Edition. Editor in Chief: Michael L. Rich. Partners In Health, 2003: 165 p.
213. Thors V.S, Erlendsdottir H., Olafsson O., Gunnarsson E., Haraldsson A. The improved survival of experimental animals fed with fish oil is suppressed by a leukotriene inhibitor. *Scand J Immunol*, 2004; 60(4):351-355.
214. Thors VS, Thorisdottir A, Erlendsdottir H, Einarsson I, Gudmundsson S, Gunnarsson E, Haraldsson A. The effect of dietary fish oil on survival after infection with *Klebsiella pneumoniae* or *Streptococcus pneumoniae*. *Scand J Infect Dis*, 2004; 36(2):102-105.
215. Tobin M.J. Tuberculosis, Lung Infections, Interstitial Lung Disease, Social Issues and Journalology in AJRCCM 2003. *Am. J. Respir. Crit. Care Med*, 2004, 169: 288-300.
216. Toman K. What are the main causes of false-positive and false-negative sputum smears? In: Toman's tuberculosis case detection, treatment, and monitoring : questions and answers / edited by T. Frieden. – 2nd ed. WHO, Geneva, 2004: 23-27.
217. Treatment of tuberculosis: Guidelines for national programmes. Third edition. WHO - Geneva, 2003: 110 p.
218. Tuberculosis in compromised hosts. *Kekkaku*, 2003 Nov; 78(11):717-722.
219. Tuberculosis Outbreak among Healthcare Workers in a Community Hospital. *Am J Respir Crit Care Med*, 1995; 152(2):808-811.
220. Tuberculosis Outbreak in a Community Hospital - District of Columbia, 2002. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 2004, 53(10):214-216.
221. Țâmbalari Gh. Situația epidemiologică a tuberculozei în 2000-2002 în Republica Moldova. În: Actualități în epidemiologia, depistarea, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Materiale ale conf. șt.-practice a ftiziopneumologilor din Republica Moldova (18 septembrie 2002). Articole, teze. Chișinău, 2002, p. 12-18.
222. Țâmbalari Gh., Burinschi V., Sain D., Iavorschi C., Haidarlî I., Vangheli I., Nalivaico N., Axentii K., Țâmbalari T., Pascaru A. Realizarea Programului Național de control al Tuberculozei în perioada 2001-2003. În: Actualități în diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Materialele conferinței a X a ftiziopneumologilor din Republica Moldova. Chișinău, 2004, p. 9-16.
223. Țâmbalari Gh., Burinschi V. Impactul implementării Programului Național de control al Tuberculozei în Republica Moldova pe parcursul anilor 2001-2003 asupra situației epidemice a tuberculozei. În: Actualități în diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Articole: (Materialele activității șt.-practice a Inst. de Ftiziopneumologie). Chișinău, 2003, p. 10-15.

224. Ustian A., Cetulean M., Miciurina I., Sapojnic C., Paladi C., Martâniuc M. Considerații asupra rezultatelor preliminare ale depistării și tratamentului bolnavilor de tuberculoză conform strategiei DOTS în mun.Chișinău. În: Actualități în epidemiologia, depistarea, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Materiale ale conf. șt.-practice a ftiziopneumologilor din Republica Moldova (18 septembrie 2002). Articole, teze. Chișinău, 2002, p. 100-102.
225. Ustian A., Cojocaru E., Manea M., Atamanciuc D. Depistarea tuberculozei pulmonare la „simptomatici” în condițiile actuale. În: Analele științifice ale USMF „N. Testemițanu”. Ed. 2. Probleme clinico-terapeutice. Chișinău, 2001: 17-20.
226. Ustian A., Manea M. Tuberculoza și HTV-infecția în m. Chișinău. În: Actualități în diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Materialele conferinței a X a ftiziopneumologilor din Republica Moldova. Chișinău, 2004, p. 46-48.
227. Ustian A., Sârcu S., Vîlc V. Particularitățile tuberculozei la tineri la etapa actuală. În: Actualități în epidemiologia, depistarea, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice. Materiale ale conf. șt.-practice anuale a Institutului de ftiziopneumologie (26 octombrie 2001). Articole, teze. Chișinău, 2001, p. 100-103.
228. Ustian A., Zbanț A., Cetulean M., Paladie C., Alexandru S. Situația ftizioepidemică în mun. Chișinău în perioada 1990-2004. În: Al III-lea Congres Național de Ftiziopneumologie din Republica Moldova „Actualități în etiologia, patogenia, profilaxia, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și afecțiunilor pulmonare nespecifice”: 27-28 oct. 2005: Art., teze/red.-șef: S. Sofronie. Tipogr. AȘM, Chișinău, 2005: 27-30.
229. Vangheli I., Nalivaico N., Degteariov V., Domenle L. Particularități în depistarea tuberculozei. În: Actualități în epidemiologia, depistarea, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice. Materiale ale conf. șt.-practice anuale a Institutului de ftiziopneumologie (26 octombrie 2001). Articole, teze. Chișinău, 2001, p. 62-66.
230. Venkatarama K.R., Iademarco E.P., Fraser V.J., Kollef M.H. Delays in the suspicion and treatment of tuberculosis among hospitalized patients. *Ann Intern Med*, 1999; 130:404-411.
231. Verdeș T. Tuberculoza la migranți. Unele aspecte clinico-radiologice. Analele științifice ale USMF „N. Testemițanu”, vol 2. Probleme clinico-terapeutice: medicină internă, tradițională, boli infecțioase. Chișinău, 2004: 160-163.
232. Waaler H.Th. Tuberculosis and poverty. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2002; 6(9):745-746.
233. Wang X.M., Liu J.J., Yao H.Y., Zhan S.Y. Systematic assessment on the improvement of tuberculosis case detection through general hospital-based tuberculosis patients transferring system in China. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*, 2004; 25(8):661-665.

234. Watanabe A., Tokue Y., Takahashi H., Sato K., Nukiwa T., Honda Y., Fujimura S. Management of mycobacteriosis in general hospital without isolation ward for tuberculosis patients. Clinical study on pulmonary tuberculosis associated with lung cancer patients. *Kekkaku*, 1999; 74(2):157-162.
235. Weber H.W. On prevention of tuberculosis. *Tuberculosis*, 1899; 1: 101-111. (Citat după Hawker J.I. și col., 1999).
236. WHO report 2002: Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. Geneva: World Health Organization, 2002.
237. Yamey G. The world's most neglected diseases. Ignored by the pharmaceutical industry and by public-private partnerships. *BMJ*, 2002;325:176-7.
238. Yee D., Valiquette Ch., Pelletier M., Parisien I., Rocher I., Menzies D. Incidence of Serious Side Effects from First-Line Antituberculosis Drugs among Patients Treated for Active Tuberculosis. *Am J Respir Crit Care Med*, 2003; 167:1472–1477.
239. Zaidi A.K.M., deSilva H.J. Burden of infectious diseases in South Asia. *BMJ*, 2004; 328:811-815.
240. Zbanț A., Cardaniuc A., Stoian Vl., Cucu M., Afanasieva S., Chipric N., Zbanț T., Grigoraș T., Brovchina E. Incidența globală a tuberculozei pulmonare la adulți în suburbiile m. Chișinău în 1988-1997 / Analele științifice ale USMF „N. Testemițanu”. Ed. III, vol 2. Probleme clinico-terapeutice: medicină internă, tradițională, boli infecțioase. Chișinău, 2002: 28-33.
241. Zbanț A., Stoian K., Bilevici T., Chipric N., Ciubotaru Viorica, Demiscan G., Gromațchi E. Tendințele ftizioepidemice în Asociația curativ teritorială, sectorul Botanica m. Chișinău în perioada 1999-2003. În: Actualități în diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Materialele conferinței a X a ftizio pneumologilor din Republica Moldova. Chișinău, 2004, p. 44-46.
242. Zbanț A., Stoian V., Pisarenco N., Palade A., Derjavin V., Cucu M., Afanasieva S., Renița M., Chipric N. Morbiditatea prin tuberculoză pulmonară la adulți în sectorul "Centru" m. Chișinău în 1988-1997. În: Actualități în diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Articole: (Materialele activității șt.-practice a Inst. de Ftizio pneumologie). Chișinău, 2003, p. 42-48.
243. ZuWallack R. The effects of nutritional depletion on health status. In: Nutrition and Metabolism in Chronic Respiratory Disease. *European Respiratory Monograph*, 2003, Vol., 8 Issue (24), 132-141.
244. Аксютин Л.П., Леонов И.В. Туберкулез как госпитальная инфекция. *Пробл. туберкулеза*, 1998; № 1: 5-7.

245. Бейли Н. Статистические методы в биологии. Пер. с англ. Москва, изд. иностранной литературы, 1962. – 260 с.
246. Белиловский Е.М., Борисов С.Е., Дергачев А.В., Гордина А.В., Марьина Н.С., Матвеева М.В. Заболеваемость туберкулезом в России: ее структура и динамика. *Пробл. туберкулеза*, 2003, № 7: 4-11.
247. Борисов И.А., Голованова О.Е. Некоторые варианты атипичного течения туберкулеза. *Тер. архив*, 1982; № 10: 31-35.
248. Валиев Р.Ш., Идиятулина Г.А. Туберкулез у работников здравоохранения. *Пульмонология*, 2003; № 2: 35-38.
249. Гавриленко Н.Г., Сон И.М., Волошина Е.П., Терехова Н.Д. Динамика инвалидности больных туберкулезом в Москве (1997—2001 гг.). *Пробл. туберкулеза*, 2004, № 4: 16-19.
250. Гланц С. Медико-биологическая статистика // Перевод с английского Н. Данилова. Москва, «Практика», 1999. – 390 с.
251. Дворецкий Л.И. Туберкулез в клинике внутренних болезней. *РМЖ*, 1998, Том 6, № 11 (<http://www.rmj.ru/main.htm/rmj/t6/n11/4.htm>).
252. Жук Н.А. Причины неэффективного лечения больных туберкулезом. *Пробл. туберкулеза*, 2003, № 4: 34-39.
253. Ивантер Э.В. Основы практической биометрии. Петрозаводск, «Карелия», 1979.
254. Карачунский М.А., Уварова Т.Е. Туберкулез у лиц пожилого возраста в современных условиях. *Пробл. туберкулеза*, 2003, № 4: 55-57.
255. Капков Л.П. Неизвестные страницы истории организации советской фтизиатрической службы. *Пробл. туберкулеза*, 2003, № 8: 50-55.
256. Капков Л.П. О повышении роли общей практики в выявлении больных туберкулезом. *Пробл. туберкулеза*, 1998, № 3: 21-24.
257. Кибрик Б.С., Маковой Ю.В. Некоторые особенности выявления туберкулеза органов дыхания. *Пробл. туберкулеза*, 2004, № 11: 45-47.
258. Кибрик Б.С., Челнокова О.Г. Проблемы диагностики и лечения казеозной пневмонии. *Пульмонология*, 2003, № 4: 41-44.
259. Красноборова С.Ю., Зенин Д.М. О диагностике туберкулеза легких в учреждениях общей лечебной сети. *Пробл. туберкулеза*, 2003, № 7: 21-23.
260. Куницкий Е.М. Информационная значимость мониторинга бактериовыделения в оценке эффективности химиотерапии больных туберкулезом в современных условиях. În: *Materiale ale conf. şt.-practice a ftiziopneumologilor din Republica Moldova (18 septembrie 2002)*. Articole, teze. Chişinău, 2002, p. 142-145.

261. Лямина Е.Л., Рогожина Н.А., Гурьянов В.Н. Туберкулез легких у лиц, бывших в заключении. *Пробл. туберкулеза*, 2003, № 4: 44-45.
262. Мархаев А.Г. Влияние больных туберкулезом уголовно-исправительной системы на инфицированность и заболеваемость населения. *Пробл. туберкулеза*, 2004, №3: 7-10.
263. Мельник В.М., Волошина В.В. Социальные и медицинские проблемы туберкулеза в Украине. *Пробл. туберкулеза*, 2004, № 2: 22-24.
264. Мишин В.Ю., Дейкина О.Н. Туберкулез легких и пневмония. В кн.: Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский Л.С. Пневмония. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2006, с. 229-267.
265. Мишин Ю.В., Ерохин В.В., Чуканов В.И., Наумов В.Н., Григорьев Ю.Г., Васильева И.А. Казеозная пневмония: диагностика, клиника и лечение. Методическое пособие для врачей. Москва, 2000. – 48 с.
266. Мухин Н.А., Семенкова Е.Н., Виноградова О.М., Соловьева А.П. Неспецифические (паратуберкулезные) реакции в практике интерниста. *Клин. мед.*, 1989; № 6: 142-46.
267. Онищенко Г.Г. Эпидемическая ситуация в Российской Федерации и меры по ее стабилизации. *Пробл. туберкулеза*, 2003, № 11: 4-9.
268. Писаренко С., Гербыш Т. Туберкулез у больных умерших в специализированном стационаре в крайне короткие сроки. În: Actualități în diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Materialele conferinței a X a ftiziopneumologilor din Republica Moldova. Chișinău, 2004, p. 55-58.
269. Писаренко С.В., Гербыш Т.В. Особенности туберкулеза легких во взаимосвязи с факторами риска его развития În: Instituție Medico-Sanitară Publică Spitalul Clinic Municipal „Sfântul Arhanghel Mihail” 55 ani de asistență medicală în Republica Moldova. Conferința științifico-practică 27 ianuarie 2006. Articole și teze. Ed. „Universul”. Chișinău, 2006, p. 96-97.
270. Писаренко С.В., Гербыш Т.В. Факторы риска развития новых случаев туберкулеза в современных условиях. În: Al III-lea Congres Național de Ftiziopneumologie din Republica Moldova „Actualități în etiologia, patogenia, profilaxia, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și afecțiunilor pulmonare nespecifice”: 27-28 oct. 2005: Art., teze/red.-șef: S. Sofronie. Tipogr. AȘM, Chișinău, 2005: 72-75.
271. Погожева Л.М., Мурашкина Г.С., Новикова Н.М., Алексеева Т.В., Силайкина С.Т. Туберкулез в Сибири в начале XXI века. *Пробл. туберкулеза*, 2003, № 5: 51-64.
272. Промежуточная политика в отношении сотрудничества ТВ/ВИЧ. ВОЗ, Женева, 2004. 19 с.

273. Разводовский Ю.Е. Продажа алкоголя и смертность от туберкулеза легких – популяционный уровень взаимосвязи. *Пробл. туберкулеза*, 2004, № 9: 53-55.
274. Ратобыльский Г.В. Лучевые методы выявления и диагностики туберкулеза сегодня. *Пробл. туберкулеза*, 2004, № 4: 3-6.
275. Риекстиня В., Торп Л., Леймане В. Факторы риска ранних рецидивов туберкулеза в Латвии. *Пробл. туберкулеза*, 2005, № 1: 43-47.
276. Сельцовский П.П., Литвинов В.И., Слогодская Л.В. Влияние социальных факторов на смертность от туберкулеза, эффективность мер медико-социальной защиты в Москве в XX столетии. *Пробл. туберкулеза*, 2004, № 2: 11-16.
277. Степанян И.Э. Диагностика туберкулеза органов дыхания в клинике внутренних болезней. *Атмосфера. Пульмонология и аллергология*, 2003, № 1: 2-5. (www.atmosphere-ph.ru).
278. Стрельцова Е.Н., Винник Л.А. Влияние экологических факторов на эпидемиологию туберкулеза в Астраханской области. *Пробл. туберкулеза*, 2004, № 5: 35-37.
279. Сухов В.М., Сухова Е.В. Некоторые особенности качества жизни больных туберкулезом легких. *Пробл. туберкулеза*, 2003, № 4: 29-30.
280. Сухова Е.В. Необходимость психологической коррекции у больных туберкулезом легких. *Пробл. туберкулеза*, 2004, № 10: 34-36.
281. Сухова Е.В. Поведенческая агрессия больных туберкулезом легких и способ ее коррекции. *Пробл. туберкулеза*, 2003, № 12: 13-17.
282. Сухова Е.В. Степень удовлетворения личностных потребностей у больных туберкулезом легких. *Пробл. туберкулеза*, 2005, № 1: 47-50.
283. Сухова Е.В., Сухов В.М. Анализ причин поздней диагностики туберкулеза легких. *Пульмонология*, 2005, № 2: 89-91.
284. Тареев Е.М. Ревматизм Понсе. *Тер. архив*, 1976; № 1: 71-78.
285. Терешин В.С. К вопросу о диагностике туберкулеза в общей лечебной сети. *Пробл. туберкулеза*, 2003, № 5: 23-26.
286. Туберкулез – мультидисциплинарная система (Круглый стол). *Вестник практич. врача*, 2003, № 1: 2-6.
287. Урбах В.Ю. Статистический анализ в биологических и медицинских исследованиях. Москва: Медицина, 1975. – 295 с.
288. Фишер Ю.Я., Моврадин И.М., Терехова Н.Д. Роль общесоматических больниц в пополнении контингентов противотуберкулезных диспансеров. *Пробл. туберкулеза*, 1998, № 1: 7-10.

289. Фролова И.А. Медико-социальные факторы, влияющие на смертность больных туберкулезом. *Пробл. туберкулеза*, 2004, №3: 10-13.
290. Хауадамова Г.Т., Бекмуратов Е.Б., Джаишева К.Т. Диагностика туберкулеза у больных пульмонологического стационара. *Пробл. туберкулеза*, 1998, № 1: 16-17.
291. Худушина Т.А., Маслакова М.Г. Характеристика туберкулезного процесса у вновь выявленных больных из различных социальных групп в зависимости от методов выявления заболевания. *Пробл. туберкулеза*, 1998, № 1: 12-14.
292. Челнокова О.Г., Кибрик Б.С. Ошибки в диагностике казеозной пневмонии в общесоматических стационарах и результаты лечения заболевания. *Тер. архив*, 2003, № 3, 32-36.
293. Черняев А.Л. Диагностические ошибки в пульмонологии. *Пульмонология*, 2005, № 3, 5-11.
294. Шалаева О.Е., Асмоловский А.В., Бельков А.В., Зайцев А.А. Сравнительная характеристика качества жизни больных туберкулезом легких после хирургического лечения. *Пробл. туберкулеза*, 2004, № 7: 7-10.
295. Шилова М.В., Глумная Т.В. Влияние сезонных и экологических факторов на заболеваемость туберкулезом. *Пробл. туберкулеза*, 2004, № 2: 17-22.
296. Шомахов А.О., Кибишев В.М., Тхабисимова И.К., Тилова Л.А. Медико-социальные особенности впервые выявленных больных туберкулезом. *Пробл. туберкулеза*, 2004, № 4: 14-16.
297. Шульга И.А., Зносенко В.А., Мовродин И.М. Туберкулез легких по данным общесоматического стационара. *Пробл. туберкулеза*, 1998, № 6: 4-7.

REZUMAT

Tuberculoza pulmonară în practica internistului: erori de diagnostic

În studiu au fost incluși 936 pacienți: 706 bolnavi, la care în perioada anilor 2001-2005, în diverse spitale de profil general, nespecializate în ftiziologie, a fost suspectată TB pulmonară și care au fost trimiși la Spitalul Clinic de ftiziologie, unde diagnosticul a fost confirmat la 422 subiecți; 101 pacienți cu TB pulmonară internați în Spitalul Clinic de ftiziologie, fiind trimiși pentru spitalizare de doctorii din instituțiile de acordare a asistenței medicale primare, care au depistat maladia; 129 bolnavi cu pneumonie comunitară.

Rezultatele investigațiilor au demonstrat, că TB pulmonară este depistată și ulterior confirmată în instituțiile de ftiziologie la 0,7% din pacienții internați în secțiile de terapie generală și la 0,4% din pacienții secțiilor de profil terapeutic ale spitalelor somatice. Doar 68,3% din bolnavii de la spitalele de profil larg, trimiși la instituțiile de ftiziologie pentru confirmarea diagnosticului de TB și tratament se prezintă la ultimele. Soarta la restul 31,7% din pacienți rămâne necunoscută. TB pulmonară este confirmată în instituțiile de ftiziologie doar la 59,8% din pacienții cu suspexie la aceste diagnostice, trimiși de la spitalele somatice. Hiperdiagnostica TB în spitalele somatice este de 40,2%. Formele TB la pacienții internați în spitalele de profil larg sunt: infiltrativă (61,8%), diseminată (14,2%), fibro-cavitară (11,8%) și pleurezia tuberculoasă (12,1%). La 44,3% din pacienți boala evoluează cu una sau mai multe comorbidități. Subalimentația populației este un factor important ce determină creșterea incidenței și mortalității de TB.

Cauzele erorilor de diagnostic al TB pulmonare sunt: adresarea tardivă a bolnavilor la doctor (cultură sanitară joasă), prudența insuficientă a medicilor față de această maladie, analiza insuficientă a datelor anamnestice și a simptomaticii TB, evoluția pseudopneumonică frecventă a bolii, mascarea tabloului clinic al TB de către bolile asociate, neexamenarea radiologică și a sputei la BAAR.

Cauzele de deces al pacienților cu TB pulmonară internați în spitalele de profil general sunt: adresarea tardivă a bolnavilor la doctor, cu un stadiu avansat al bolii; erorile de diagnostic la etapa prespitalicească și internarea pacienților în spitalele somatice, nespecializate în ftiziologie.

SUMMARY

Pulmonary tuberculosis in intern's practice: errors in diagnosis

There were 936 patients involved in this study, 706 sick people, at which in the period from 2001 to 2005, in various hospitals of general profile, non specialized was suspected the TB infection, these people were sent to the Clinical Hospital of Phtysiology where the diagnosis has been confirmed in 422 patients; 101 sick with pulmonary tuberculosis were admitted in the Clinical Hospital of Phtysiology sent by doctors from the primary institutions which are concerned about the necessary medical assistance, who have detected the disease; 129 sick with common tuberculosis.

The results of the investigations have proved, that pulmonary tuberculosis is observed and actually confirmed in the Institutions of Phtysiology at 0, 7% from patients admitted in the general therapy section and at 0, 4% of patients referred to the sections of therapeutic profile of somatic hospitals. Only 68, 3% of sick people from large profile hospitals, sent at the above mentioned institutions for confirming the TB diagnosis and then the treatment follows. The fate of the rest 31,7% of patients remains to be unknown. TB disease is confirmed in the above mentioned Institutions only 59,8% of patients who are thought to be sick with this disease. Hiperdiagnosis of TB disease in the somatic hospitals is of 40,2%. The forms of TB disease at the admitted patients in the general profile are: infiltrative (61,8%), disseminated (14,2%), fiber-cavitary (11,8%) and TB pleurisy (12,1%).

At 44,3% of patients the disease develops with one or more concomitants disease. The over nutrition of the population is a very important factor which determines the incidence as well as mortality of people sick with TB disease.

The errors made in the diagnosis of the disease are: late arrival of sick people at the specialists of this field, carelessness of doctors concerning this malady, insufficiency considering anamnesis data and TB symptomatic, the frequent pseudo pneumonic evolution of the disease, masked TB diseases by other associated diseases, the lack of radiological examination and the sputum analysis Koch's bacillus.

The death causes of the patients sick with pulmonary TB disease admitted in the hospitals of general profile are: late arrival to the doctor of the above mentioned patients, in the late stage of the disease; misdiagnosis of the disease in pre hospital level and patient admission in somatic hospitals, none specialized in phtysiology.

РЕЗЮМЕ

Туберкулез легких в практике интерниста: диагностические ошибки

Представлены результаты исследования 936 пациентов: 706 больных, у которых в период 2001-2005 годов, в различных общесоматических стационарах был поставлен предварительный диагноз туберкулеза легких и которые были направлены во фтизиатрическую клиническую больницу, в которой у 422 из них диагноз был подтвержден; 101 больной туберкулезом легких, госпитализированный во фтизиатрическую клиническую больницу по направлению врачей первичной медицинской сети, которые и выявили это заболевание; 129 пациентов с внебольничной пневмонией.

Результаты исследования показали, что туберкулез легких выявляется и в последующем подтверждается во фтизиатрической клинической больнице у 0,7% пациентов, госпитализированных в отделениях терапии, и у 0,4% больных, госпитализированных в отделениях терапевтического профиля общесоматических стационаров. Только 68,3% больных общесоматических стационаров, направленных во фтизиатрические больницы обращаются в последние. Судьба остальных 31,7% пациентов остается неизвестной. Во фтизиатрических больницах диагноз туберкулеза легких подтверждается только у 59,8% больных, отправленных из общесоматических стационаров. Гипердиагностика составляет 40,2%. У пациентов, госпитализированных в общесоматических стационарах, выявляются следующие формы туберкулеза: инфильтративная (61,8%), диссеминированная (14,2%), фиброзно-кавернозная (11,8%) и туберкулезный плеврит (12,1%). У 44,3% больных болезнь протекает с одним или несколькими сопутствующими заболеваниями. Показано также, что недоедание является важным фактором, определяющим рост заболеваемости и смертности от туберкулеза.

Причинами диагностических ошибок туберкулеза легких являются: позднее обращение больных к врачу (низкая санитарная культура), недостаточная настороженность врачей по отношению к этой болезни, недостаточный анализ анамнеза и симптоматики, частое псевдопневмоническое течение болезни, маскировка клинической картины сопутствующей патологией, неиспользование рентгенологического исследования и исследования мокроты на БК.

Причинами летальных исходов больных с туберкулезом легких являются: позднее обращение больных к врачу, с болезнью в далеко зашедшей стадии; диагностические ошибки на догоспитальном этапе и госпитализация больных в общесоматические стационары.

CUVINTELE-CHEIE ALE TEZEI

Cuvinte cheie: Tuberculoza, tuberculoza pulmonară, erori de diagnostic, practica internistului, spitale de larg profil, spitale nespecializate în ftiziologie.

Key words: Tuberculosis, lung tuberculosis, diagnostic mistakes, internal medicine practice, general hospital, hospitals not specialized in treatment of the tuberculosis.

Ключевые слова: Туберкулез, туберкулез легких, диагностические ошибки, практика интерниста, больницы широкого профиля, больницы неспециализированные в лечении туберкулеза.